



Visibilizar y después silenciar. Una recurrencia en el Mal de Chagas

Gustavo Humberto Vilchez.

Tesis (Doctor en Medicina y Cirugía) - - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas, 2020.

Aprobada: 15 de julio de 2020

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>
Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>



Visibilizar y después silenciar. Una recurrencia en el Mal de Chagas por Gustavo Humberto Vilchez se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.

**Visibilizar y después silenciar.
Una recurrencia en el Mal de Chagas**

**TESIS DE DOCTORADO EN MEDICINA Y CIRUGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA**

**Doctorando:
Gustavo Humberto Vilchez**

2020

COMISIÓN DE TESIS:

Directora: Prof. Dra. Silvina Trucchia

Prof. Dra. Nelly Barrionuevo Colombres

Prof. Dra. Lucía Caisso

Artículo 30 del Reglamento de la Carrera de Doctorado en Medicina y Cirugía: “LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”

Índice

RESUMEN	5
CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	
Consideraciones iniciales	11
Algunos aspectos socio-culturales, económicos y políticos relacionados	23
Relevancia de la investigación	24
Objetivos	25
CAPÍTULO 2. MATERIAL Y MÉTODO	
Material	26
Registro	35
Diseño y estadística	35
Validación cuestionario	36
Análisis de datos	36
CAPÍTULO 3. RESULTADOS	
Análisis de la encuesta	38
Análisis de las entrevistas en profundidad	55
CAPÍTULO 4. DISCUSIÓN	61
Conclusiones	83
Recomendaciones	85
CAPÍTULO 5. BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	
Presentación en congresos	94

Índice de tablas y figuras

Figura 1: Evolución del área con interrupción de transmisión vectorial de Trypanosoma cruzi	12
Figura 2: Detalle del ciclo biológico de Trypanosoma cruzi (CDC)	15
Figura 3: Vinchuca adulta, figura ampliada	16
Figura 4: Ciclo biológico de la vinchuca	16
Figura 5: Distribución de personas del grupo con bajo riesgo de infestación de acuerdo a la edad	38
Figura 6: Distribución de personas del grupo con alto riesgo de infestación de acuerdo a la edad	39
Figura 7: Distribución según género de los grupos de bajo y alto riesgo de infestación (n: 200)	39
Figura 8: Distribución según nivel de estudios completados de los grupos de bajo y alto riesgo de infestación (n: 200)	40
Figura 9: Distribución según el tipo de vivienda en el grupo alto riesgo de infestación (n: 100)	41
Figura 9: Distribución de beneficiarios del plan erradicación de ranchos según el tipo de vivienda en el grupo de alto riesgo de infestación (n: 100)	41
Figura 11: Distribución según percepción sobre “la chapita” en los grupos de bajo riesgo y alto riesgo de infestación. (n: 200)	42
Figura 12: Porcentajes de entrada de animales a la vivienda en los grupos de bojo y alto riesgo de infestación (n: 200)	43
Figura 13: Distribuciones de fuentes de agua y energía (%).	
Grupo de alto riesgo (azul, rojo y ocre) y grupo de bajo riesgo (celeste, rosa y amarillo)	43

Figura 14: Distribución del uso de celular en los grupos de alto y bajo riesgo de infestación	10	44
Figura 15: Distribución del uso de internet en los grupos de alto y bajo riesgo (n: 200)		44
Figura 1611: Distribución del uso de celular en relación a aplicación y juegos según edad		44
Figura 17: Distribución de las respuestas de acuerdo al reconocimiento de la vinchuca y percepción de la peligrosidad del insecto clasificado por brava-buena entre el grupo de alto riesgo en relación al de bajo riesgo		45
Figura 18: Riqueza Léxica. Expresiones más comunes informadas por los pobladores de alto riesgo		45
Figura 19: Cantidad de vinchucas encontradas en el domicilio de los encuestados de alto riesgo		47
Figura 20: Entidad que recibe información ante la presencia de vinchucas en el domicilio en los pacientes de alto riesgo		47
Tabla 1: Comparación de animales de acuerdo a la percepción de peligrosidad en relación con la salud/enfermedad /atención en el grupo de alto riesgo (n:100)		48
Figura 21: Distribución sobre conocimiento personal sobre picadura de vinchuca. Grupos de alto riesgo y bajo riesgo de infestación		48
Figura 22: Conocimiento de ambos grupos sobre los hábitos alimentarios de la vinchuca se alimenta de sangre (n: 200)		49
Figura 23: Distribución de acuerdo al conocimiento de la enfermedad que transmite la vinchuca en ambos grupos (n: 200)		49
Figura 24: Concurrencia al hospital al ser picado por vinchuca (n: 200)		50

Figura 2512: Comparación sobre la necesidad de controlar la vinchuca	50
Figura 26: Distribución entre los dos grupos sobre el conocimiento para controlar a la vinchuca	51
Figura 27: Distribución entre ambos grupos sobre la posibilidad de controlar a la vinchuca con fumigación (n: 200)	51
Figura 28: Distribución entre grupos sobre aprendizaje para controlar al insecto (n: 200)	51
Figura 29: La fumigación y su capacidad de controlar al vector	52
Figura 30: Distribución sobre la capacidad de aprender a fumigar entre el grupo de bajo riesgo con el de alto riesgo	52
Figura 31: Aspectos que los dos grupos consideraron necesarios en la ayuda para poder fumigar	53
Figura 32: Distribución entre grupos sobre la institución que le informó sobre Chagas	53
Figura 33: Reconocimiento del Chagas como enfermedad, órganos más comunes afectados y forma de transmisión	54
Tabla 213: Detección de Chagas a través de análisis por parte de los dos grupos	55
Figura 34: Riqueza léxica. Expresiones más comunes informadas por los pobladores de alto riesgo y los agentes provinciales.	60

Nómina de abreviaturas

APS	Atención Primaria de la Salud
MEPRA	Misión de Estudios de la Patología Regional Argentina
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Resumen:

El Chagas es un problema de salud/enfermedad/atención/prevención que lleva más de cien años desde su descubrimiento. La bibliografía informa que es una de las principales endemias de la región de América Latina. La Organización Mundial de la Salud la incluye dentro de las enfermedades olvidadas o desatendidas. Generalmente se la asocia con la pobreza y la ignorancia.

La biomedicina, con los métodos que utiliza, no ha logrado modificar la historia natural de la enfermedad hasta el presente. En tanto, la medicina antropológica reconoce la importancia de otras dimensiones sociales poco tenidas en cuenta por la primera, como son: historia, prácticas, hábitos, creencias, junto a otros procesos culturales. El objetivo de este trabajo fue analizar a la enfermedad de Chagas desde la perspectiva de la medicina antropológica en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de Santiago del Estero.

En esta investigación se hizo un estudio observacional, transversal, e inferencial, abordado metodológicamente a partir de una encuesta cerrada, aleatoria y consentida, confeccionada para este estudio e implementado a dos grupos de cien personas cada uno. El primero de probable alto riesgo de infestación, rural, pobre y de escasa escolaridad; contrastado con otro grupo de probable bajo riesgo, urbano y estudiantes de medicina. Se determinó edad, género, ocupación, características de la vivienda, ingreso de animales a la vivienda, fuentes de energías utilizadas, tecnologías que usan para la comunicación. Conocimiento sobre la vinchuca y su peligrosidad. Conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y sobre las acciones de fumigación que realiza el gobierno provincial. La consistencia interna del instrumento para realizar las encuestas fue estimada según el método de Kuder y Richardson. Luego, a través de un estudio etnográfico, y desde una perspectiva cualitativa, se realizó un análisis descriptivo/interpretativo, obteniendo información relevante de los pobladores de tres comunidades y a agentes estatales provinciales. En todos los casos se especificó el resguardo ético de los datos suministrados a los participantes.

El grupo de bajo riesgo de infestación, tenían entre 20 y 45 años, con media de 24 años, En el de alto riesgo de infestación, las edades estaban comprendidas entre los 11 y los 85 años con media de 44 años. Respecto al género, la frecuencia de masculinos en los de bajo riesgo fue del 36 %. En tanto, en los de alto riesgo, la frecuencia de los masculinos es de 44%. Respecto a la ocupación, el grupo de bajo riesgo de infestación, sólo un 10% declararon trabajar. El grupo de alto riesgo de infestación presentó un 11% de estudiantes primarios, un 18% de jubilados y pensionados. En general, las de género femenino eran

amas de casa y los de género masculino trabajaban como jornaleros. En relación a la vivienda, el grupo de alto riesgo poseía un 60% vivienda de material y el 40% vivían en ranchos o viviendas mixtas. El grupo de bajo riesgo posee 100% de sus necesidades energéticas y de agua satisfechas, a diferencia de los de alto riesgo donde hay dificultades para obtener agua potable (97%) y luz eléctrica convencional (49%). El celular es un instrumento común de comunicación y relación entre ambos grupos. El 100 % de los de bajo riesgo lo usa. El 78% de los de alto riesgo de infestación informó que usa celular y los más jóvenes usan al celular con sus aplicaciones. Respecto a la comunicación oficial sobre el Chagas, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En relación al conocimiento sobre la vinchuca, hábitos y enfermedad que produce, ambos grupos la conocían en un 98%. Si fueran picados, el grupo de bajo riesgo concurriría al hospital en un alto porcentaje (86%) mientras el de alto riesgo sólo en un 44%. El grupo de alto riesgo (85%), consideró a la víbora y el alacrán como animales peligrosos y la vinchuca sólo en un 11 %. Un altísimo porcentaje de los encuestados conocen y aceptan el ingreso a sus domicilios de los fumigadores (92%) y se sienten capacitados para aprender a fumigar (79%). A través del método etnográfico, durante las entrevistas en profundidad se identificaron palabras y conceptos que se consideraron claves para la investigación. Se las agrupó por categorías discursivas para interpretar en una forma más amplia al Chagas, como un proceso social. Se observó que, a pesar de vivir en condiciones de pobreza rural y con escasa escolaridad, no demostraron ignorancia sobre la vinchuca y la enfermedad de Chagas, pero naturalizaban la presencia en sus vidas; mostrando preocupación por otros animales que pueden producir muerte inminente. Se observó estigmatización del paciente chagásico y violencia estructural por el sistema de salud hacia ellos. El paciente crónico resignificaba su forma de vivir en el mundo. El Chagas es utilizado para obtener beneficios por parte de todos los actores sociales involucrados (gobierno provincial y beneficiarios de políticas públicas).

Durante el recorrido histórico por la enfermedad se evidenciaron que, en los últimos años, hubo un cambio en las políticas públicas que ha generado una disminución de la patología Chagásica. Sin embargo, en diferentes momentos históricos, se la invisibiliza como problema. Es necesario reconocer que el aislamiento de las comunidades, las migraciones constantes, las búsquedas de mejoras laborales y de vida, sumado a los cambios en los ecosistemas, entre otros motivos, han hecho que esta patología deba ser revisada desde otras aproximaciones sociales. Se identificó que las acciones que despliega el gobierno provincial de Santiago del Estero en Ojo de Agua - Quebrachos, responden a indicaciones

de la OPS, con un enfoque biomédico convencional. Las estadísticas y seguimientos actuales muestran una falta de continuidad en esfuerzos para lograr la interrupción vectorial del *Triatoma infectans*. Existe una escasa o nula participación de las comunidades en la toma de decisiones de las políticas públicas. En general son tomados como agentes pasivos; por ejemplo, no se les enseña a fumigar, siendo esta acción preventiva y necesaria para evitar la reinfestación de las poblaciones.

Palabras Claves: Chagas-Visibilización-Biomedicina-Medicina Antropológica-
Procesos culturales

Summary:

Chagas disease continues to be a difficult healthcare issue to prevent and treat, since its discovery more than a hundred years ago. As shown by most bibliography on the subject, it is among the most prevalent Latin American endemic illnesses and the World Health Organization labels it a forgotten and neglected disease.

Traditional biomedicine is unable to change the natural history of this sickness despite employing multiple methods, as it is focused solely on the biological angle of the issue. Meanwhile, anthropological medicine recognizes that Chagas is deeply associated with poverty and ignorance, and aims to acknowledge the social side of this neglected disease. Some scopes anthropological medicine believes should be analyzed, and often overlooked by traditional biomedicine, are history, practices, habits, beliefs and other cultural aspects.

The objective of this paper is to analyze Chagas disease from this perspective. To do so we will look at the situation in the Ojo de Agua and Quebrachos departments in the Argentinean province of Santiago del Estero.

An observational, cross-sectional and inferential study was made using a mostly close-ended, random and consensual survey as its main method for data gathering. This specially tailored survey was implemented on two groups of a hundred people each. The first group was made up of people with high kissing bug infestation risk, living in rural areas, with scarce resources and limited scholarship. The second group consisted of low-risk subjects, all medical students residing in big cities.

Aside from more general points like age, gender and profession, the survey also collected household characteristics, access of animals to the living areas, energy sources used and communication-capable technology at their disposal. It also gauged the person's knowledge on the kissing bug, Chagas disease, its danger and on the preventive measures employed by the province's government, such as fumigation. The surveyed were explicitly told in all cases the use of the results, and assured their personal information would be used ethically and with no other goal.

The survey's internal consistency reliability was estimated following the Kuder-Richardson formula.

The results of the survey, which were interpreted through a qualitative, ethnographic study and a descriptive analysis, reveal relevant information about sectors of the population of 3 different communities as well as some state agents.

The low-risk group's age varied between 20 and 45, with a mean of 24, while the high-risk group's variance was between 11 and 85 years old, with a 44 years old average. In regards to gender, the low-risk group had a 36% male composition, while the high-risk group comprised 44% male subjects. Concerning employment, only 10% of the low-risk group were actively working, while the rest were full-time students. In the high-risk group there was more variety, with 11% being elementary school students, 18% retired or pensioners and of the rest, the majority of women were housewives, while most males worked as labourers. Regarding living conditions, the high-risk group showed only 60% of them inhabited a proper house built with sturdy materials, while the remaining 40% lived in rudimentary hovels or shacks, or at best a mix. On the point of access to drinkable water and electricity from power grids, the low-risk group had 100% of such needs satisfied, while in the high-risk group 97% of them did not have drinkable tap water readily available and had to obtain it from collected rainwater or wells, and 49% of them had electricity only from weak and small solar panels. Cellular phones seem to be the main technological tool for communication used by both groups, with 100% of the low-risk group using them often, and 78% of the high-risk group, of which the youngest boasted the most knowledge on its usage, especially in regards to apps and other smart features. Concerning official government information given about Chagas, there was no statistically significant variation between the groups, and both also shared the same amount of knowledge on the kissing bug, its habits and the disease it carries, at 98% of both groups knowing about it. The variation came in gauging its danger, and the actions they'd take upon being bitten. While 86% of low-risk members would go to the hospital in such a situation, only 44% of the high-risk group would. Although 85% of the high-risk group considered snakes and scorpions a dangerous animal, only 11% of them considered the kissing bug dangerous. An unexpectedly high 92% of all surveyed know and accept, or would accept, the entrance of fumigators to their homes, and 79% feel capable enough to learn to do so themselves if necessary.

Given that the method used to analyze the surveys was qualitative, in the few open-ended questions asked, we scrutinized the language, words and concepts used by the surveyed and several were identified as key to the social side of this investigation. They were grouped by discourse category, to more broadly interpret Chagas disease as a social

process. It was brought to light that despite poor formal education and living conditions, the high-risk group members weren't ignorant about the kissing bug and Chagas disease, but felt its presence in their life as inherently woven into the nature of life and the unavoidable way things are. They were primarily worried about animals that proved an immediate risk of death, compared to the slow, chronic disease Chagas is.

While in the last few years there have been some changes to the government methods to fight it, that have diminished its appearance somewhat, over and over throughout history, it has been invisibilized as an issue, and hidden from the outside eye. It was also observed that a Chagas patient suffers stigmatization, discrimination and structural violence from the health system, to the point they must rethink their way of living in this world. Meanwhile all social actors involved, such as local government and public politics beneficiaries, use the Chagas disease for their selfish interests and personal gain.

We believe it is time to examine this issue from another, more social approach, due to all the other aspects to this disease aside from its purely biomedical scope. We need to recognize the fact that community isolation, constant migration in search for better work and life conditions, as well as changes in the ecosystem have affected the situation. While the provincial government of Santiago del Estero in Ojo de Agua – Quebrachos, has performed the recommended actions following the Pan American Health Organization's guidelines, (which are purely conventional biomedical in nature,) statistics and follow-up monitoring show a lack of continuity in their efforts to properly eradicate the *Triatoma Infestans* vector. They also allow minimal or null participation from the public in the decision-making progress. Citizens are simply considered passive agents, and aren't taught any measures to prevent the disease or avoid the community reinfestation, for example how to fumigate their own homes.

Keywords: Chagas. Visibility-Biomedicine. Anthropological Medicine-
Cultural processes.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

“Hay un designio nefasto en el estudio de la Tripanosomiasis. Cada trabajo, cada estudio, apunta un dedo hacia una población mal nutrida que vive en malas condiciones; apunta hacia un problema económico y social, que a los gobernantes les produce tremenda desazón pues es testimonio de incapacidad para resolver un problema tremendo. Es un problema de vinchucas, que invaden y viven en habitaciones de mala factura, sucias, con habitantes ignorados, mal nutridos, pobres y envilecidos, sin esperanza ni horizonte social y que se resisten a colaborar. Hable de esta enfermedad y tendrá gobiernos en contra. Pienso que a veces más vale ocuparse de infusorios o de batracios que no despierten alarma de nadie” (Carlos Chagas, 1928) (1)

Consideraciones iniciales

El Chagas es un problema de salud/enfermedad/atención/prevención que lleva más de cien años desde su descubrimiento en 1909. Llamativamente, desde sus inicios y según los distintos procesos históricos, fue: cuestionado, negado, visibilizado, inscripto como un problema social y en otros momentos casi olvidado (2) (3) (4).

Tanto la bibliografía médica como la de antropología médica de autores americanos, expresan separadamente que la enfermedad de Chagas, causada por el parásito *Trypanosoma Cruzi*, es reconocida como una de las principales endemias de la región de América Latina (5) (6) (7) (8) (3) (9) (10) (11) (4) (12) (13) (14).

Según distintos informes, afecta entre 6 a 8 millones de personas en el mundo y se calcula que 65 millones están bajo riesgo de contraerla. En el año 2007 la Organización Mundial de la Salud (OMS) decía que estas cifras no reflejan la verdadera dimensión del problema, pues se toman a partir de muestras serológicas aisladas y estadísticas que no dan cuenta de la magnitud global del problema. Veintiún países son considerados endémicos y el riesgo de infestación aumenta debido a los movimientos migratorios de la población (15) (7) (3) (14). El Chagas, infecta de manera casi exclusiva a los pobres del continente americano.

En Argentina, según el Instituto Nacional de Parasitología, hay alrededor de 2.500.000 de personas infectadas (7,2% de la población); estos datos son estimativos ya que no existen cifras actualizadas (1). Otros autores hablan de 1.500.000 de infectados, siendo nuestro país el tercero del mundo después de Bolivia y Paraguay (2) (4).

En sus comienzos en la Argentina fue presentado como un problema biomédico, pero desde hace más de medio siglo se constituyó luego en un problema sanitario social que produce y articula políticas públicas. Según el mapa de Riesgo de Transmisión vectorial provisto por el Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud, en el año 2012, se conoce que las vinchucas, principal vector portador del parásito, están presentes en casi todo el territorio del país, exceptuando las provincias ubicadas en el Sur. nuestro territorio posee regiones con bajo, mediano y alto riesgo de transmisión vectorial (2) (16) (17). Santiago del Estero es una de las provincias que se encuentra dentro de este último parámetro.

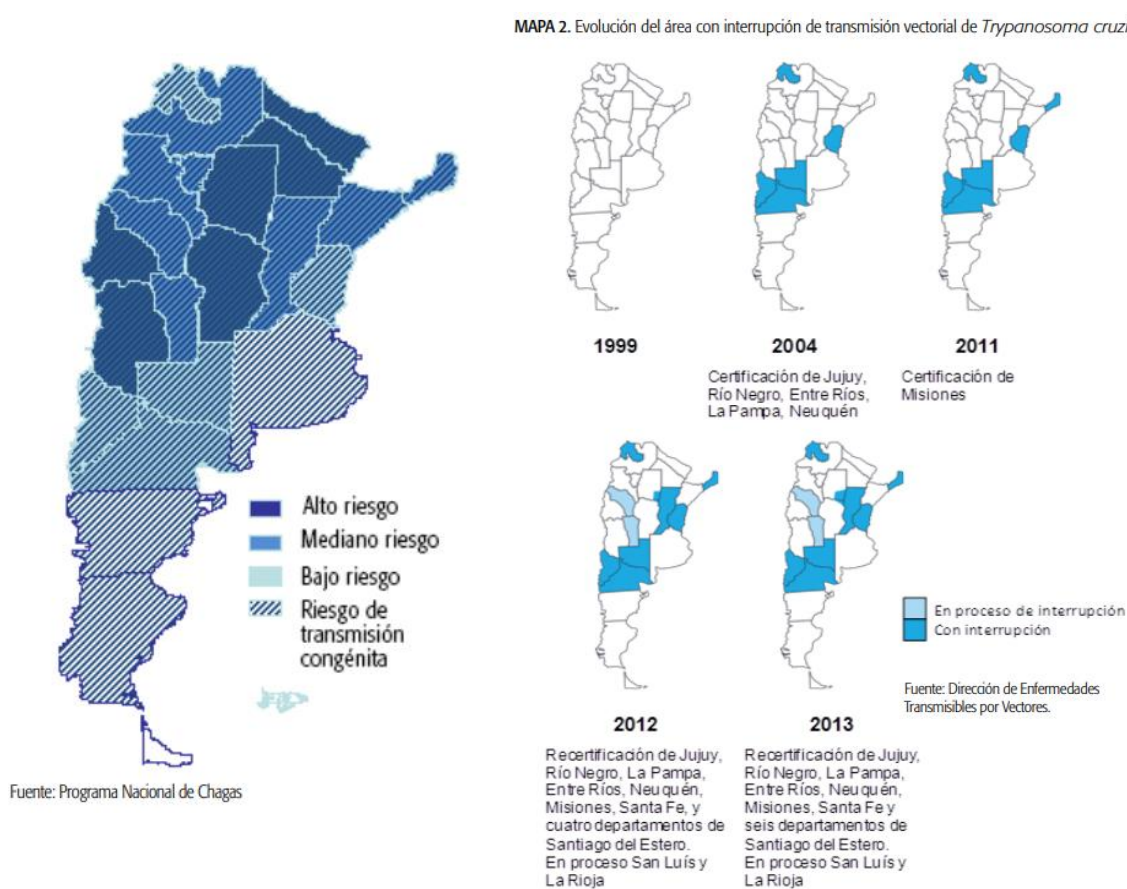


Figura 14: Evolución del área con interrupción de transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi*

Fuente: Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores (17).

En este problema se involucran las organizaciones internacionales de salud como la OMS, su subsidiaria la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así también los estados nacionales y provinciales. En general, los esfuerzos están dirigidos hacia los sectores más marginados de la sociedad y cada uno de los actores intervinientes, con esas políticas públicas, procuran desde su propia legitimidad y objetivos, dar la idea

convinciente de estar aportando soluciones. Muchas veces a pesar de los esfuerzos, no logran generar resultados significativos para el tratamiento de la enfermedad de Chagas. ¿Por qué puede suceder?

La biomedicina y su modelo médico, según lo informa Eduardo Menéndez, se caracteriza por el biologicismo, individualismo, su ahistoricidad con eficacia pragmática y de carácter mercantilista. Hay en su construcción, una exclusión de las condiciones sociales y económicas como explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades (72 pag.12). Esta manera de proceder no ha logrado modificar la historia natural de algunas enfermedades como el Chagas. El enfoque parcializado de una enfermedad dificulta o imposibilita resolver el problema. Se vuelve ineludible una visión más holística. Es necesario conocer las diferentes dimensiones para trabajar, y no sólo desde la perspectiva biológica. Se debe evaluar, dentro del proceso de salud/enfermedad/atención/prevención, su contexto histórico, aspectos socio-culturales y ecológicos que caracterizan a este problema sanitario. A partir de esto, interpretar los sentidos y representaciones de los diferentes actores sociales intervinientes, son ineludibles para aclarar esta compleja realidad. Así lo entiende Eduardo Menéndez (2003), cuando expresa:

“Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables o si se prefiere todavía no curables, así como la búsqueda de soluciones a pesares existenciales, conducen a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de las formas de atención” (18 pág. 188).

En tanto la medicina antropológica, reconoce la importancia de los sentidos, prácticas, hábitos, creencias y otros aspectos del sistema cultural de las personas a las que van dirigidas las políticas de educación para la salud. Este trabajo se realiza a través de métodos cualitativos como la etnografía y entrevistas en profundidad. Dice Byron Good: “Los miembros de las sociedades hacia las que va dirigida tal labor no son recipientes vacíos que aguardan ser llenados con cualesquiera conocimientos de salud...” (19 pág. 62). Por lo tanto, como campo temático, método de trabajo y de investigación (19) (20) (21) (22), puede aportar al conocimiento del Chagas, aspectos poco tenidos en cuenta desde la biomedicina. La propuesta de este trabajo de investigación es analizar a la enfermedad de Chagas, desde esa perspectiva en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de Santiago del Estero.

Para comprender en magnitud lo informado hasta aquí, se describirán algunos aspectos que intervienen en el Chagas.

Desde el punto de vista *biomédico* el problema del Chagas es generado por el *Tripanosoma cruzi*. La enfermedad de Chagas es producida por un parásito unicelular, eucariota y flagelado que, con movimientos de latiguello, permite movilizarse y se lo ve en el microscopio fácilmente. Para mantenerse con vida, el parásito requiere de un ciclo vital complejo donde participan dos hospedadores: un triatomídeo (vinchuca), y el humano. El *Tripanosoma Cruzii* se aloja en el tubo digestivo de la vinchuca y dentro del mismo se transforma de epimastigote hacia la forma de tripomastigote metacíclico. Para subsistir, la vinchuca debe alimentarse con sangre, por lo que pica a animales de sangre caliente como marsupiales, mamíferos y aves. Durante este acto también defeca y con la deyección van los parásitos de *Tripanosoma Cruzii* que penetran al organismo del futuro huésped por rascado o a través de mucosas y conjuntivas, para luego circular por su sangre. Al acceder al torrente sanguíneo, el parásito en la forma tripomastigote metacíclico se introduce a gran variedad de células, cambiando a una forma redondeada y sin flagelo móvil, es el amastigote, con división binaria. Dentro de estas células se multiplican y algunos de estos amastigotes se diferencian a tripomastigotes, que por ruptura de la célula retornan a la sangre e infectan a otras células, llegando así a alterar, a células cardíacas y del tubo digestivo del hombre. Por otra parte, otros tripomastigotes son ingeridos con la picadura de un nuevo insecto vector (vinchuca) y así comienza nuevamente el ciclo vital (16). Este complejo ciclo le permite al parásito sobrevivir en ambientes muy diferentes.

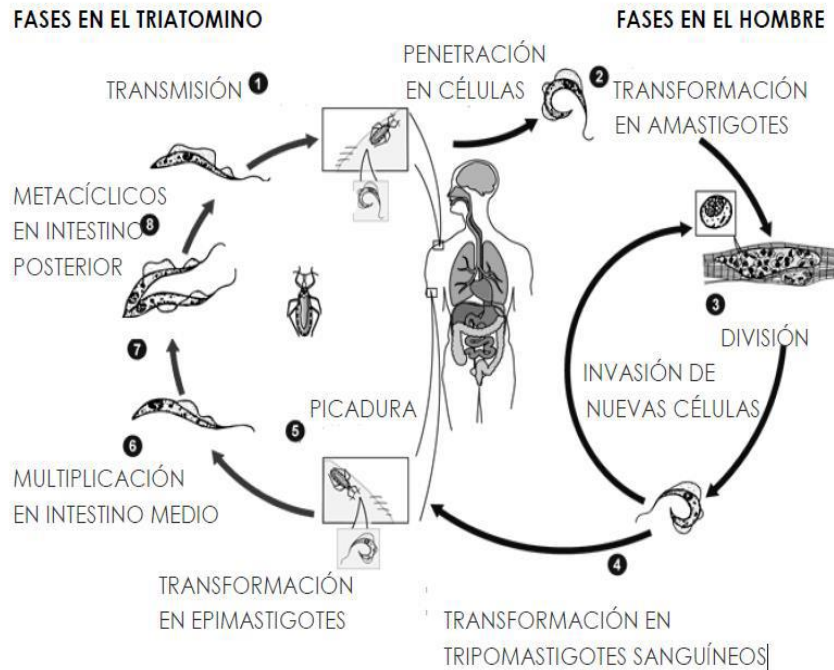


Figura 15: Detalle del ciclo biológico de *Trypanosoma cruzi* (CDC)

Fuente: Centro para el control de enfermedades, 2005

La vinchuca, el vector responsable de la enfermedad, desde la biología presenta las siguientes características: se las ubica dentro del Orden Hemiptera: familia Reduviidae, subfamilia Triatominae. Se caracteriza, como todos los insectos, por tener tres pares de patas y el cuerpo dividido en tres regiones: cabeza, tórax y abdomen. Son aplanadas. La hembra es más grande, pero de tamaño similar, de unos dos a tres centímetros, son más oscuras y poseen unas alas más duras. Presentan un reborde claro oscuro en la región abdominal y son de color pardo negruzco, lustroso o mate con bordes que asemejan bandas que alternan entre el amarillo y el negro. Viven aproximadamente quince meses y ponen unos ciento cincuenta huevos que eclosionan en primavera y/o verano. Siendo esta época calurosa la de mayor actividad de los insectos.

Pasan por cinco diferentes estadios de ninfas hasta su forma adulta que presenta alas, durante todos los períodos se alimentan de sangre. Pican y defecan al mismo tiempo. Dejan sus deyecciones sobre las paredes dentro de los domicilios, y su presencia se detecta por un rastro color amarillento ocre que vira luego al negruzco quedando adherido, teniendo una similitud a escritos con tinta china ((23) (24)).

Son hematófagos, extraen la sangre de humanos y animales de sangre caliente. Por esta característica, buscan siempre convivir con ellos alojándose en los domicilios, galpones y peri-domicilios: como corrales y gallineros. Se las debe buscar también debajo

de los colchones, entre los respaldos y elásticos de la cama donde permanecen inmóviles durante el día.

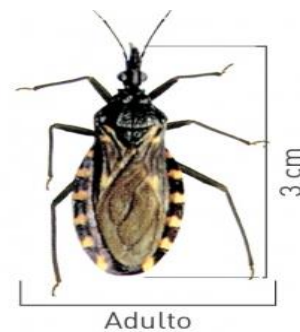


Figura 16: Vinchuca adulta, figura ampliada

Fuente: Marti, Gerardo (CEPAVE, CONICET-UNLP, Argentina).



Figura 17: Ciclo biológico de la vinchuca

Fuente: Marti, Gerardo (CEPAVE, CONICET-UNLP, Argentina).

Hay distintos tipos de triatomídeos capaces de transmitir la enfermedad, uno de los más corrientes es el infectans. Es conocido con distintos nombres según el país, región y lengua. En Brasil: barbeiro; Colombia: pito mamador. Costa Rica, Nicaragua y Salvador como Chinche picuda; México: chinche besucona; Perú: chirimacha. En la Argentina y en Santiago del Estero, zona de nuestro estudio, se la conoce también como chinche, debido al aspecto que adquiere después de haber chupado sangre. En Santiago del Estero se reconoce la variedad Guasayan.

La palabra Vinchuca deriva de la voz quechua “winchuka” cuyo significado es dejarse caer, haciendo alusión al hábito de estos insectos para llegar desde sus escondites en el techo o las partes altas de las paredes hasta su fuente de alimento (16).

Las vinchucas y el parásito viven, junto al hombre, en América desde mucho antes de la llegada de los colonizadores europeos. El ADN del parásito se encontró en autopsias de 35 momias de una antigüedad de 470 a 600 años AC, descubiertas en el desierto de

Atacama, al norte de Chile (25) (26). La infestación parasitaria en los humanos tiene larga data. Se informa en estudios paleo-arqueológicos realizados en el norte de Chile que los triatomídeos convivían con los habitantes nómades que obtenían alimentos en las costas, habitando en chozas y pequeñas construcciones hechas con pieles y cueros, certificándose su presencia en mamíferos marinos y otros animales de sangre caliente como pequeños roedores. Luego, cuando el hombre se hace sedentario, utiliza en esa región al cuis como alimento, que posee además un significado simbólico y social (15), secundariamente se facilita la convivencia con los triatomídeos dentro de los hogares. Este hábito alimenticio se mantiene en regiones de los andes bolivianos, peruanos y ecuatorianos hasta nuestros días (27). En las áreas rurales, como en el caso de Santiago del Estero, es frecuente el compartir la vivienda con gallinas, perros o gatos.

Habitualmente los triatomídeos conviven con los animales silvestres y llegan hasta los domicilios traídos por estos animales, o se hacen domiciliarios al alimentarse de animales domésticos o el hombre. La modificación del medio ambiente facilitó la aparición y propagación de la enfermedad. Entre los indios amazónicos, que conviven en otros términos con la naturaleza, no se reportan casos de Chagas y su infestación es casi inexistente (15).

Se observa en la enfermedad de Chagas que, a diferencia de otras enfermedades producidas por parásitos, posee algunas características que le son particulares. Esta patología posee dos fases de infección: una aguda y otra crónica. Las alteraciones que se presentan dependerán del paciente, de su edad, estado inmunológico y nutricional, también de la biología del parásito, manifestada por cepa, virulencia, inóculo.

En las escasas ocasiones que se manifiesta la fase aguda (5% de los casos) (28), se pueden observar signos como el “chagoma de inoculación”, el cual se presenta en la cara, con edema palpebral y de ganglios accesorios. Es el llamado signo de Romagna, que va acompañado de fiebre y malestar general. Durante esta etapa rara vez se puede producir una miocarditis aguda con muerte. Durante la misma se observa una elevada parasitemia que permite hacer el diagnóstico en sangre. En su fase crónica, muchas veces no se encuentra al agente causal, muchas veces es insidiosa (95% de los casos) y presenta tres formas: la indeterminada, con serología positiva del huésped, sin ningún otro síntoma ni deterioro orgánico o funcional. Luego está la forma digestiva con la aparición de megaórganos cuyos focos principales son esófago y colon. Finalmente, la forma cardíaca, que ataca al 30% de los infectados, los cuales pueden cursar con arritmias, cardiopatía congestiva, insuficiencia cardíaca y muerte súbita. Debido a la complejidad de estos

cambios en el corazón se ha planteado reconocer las mutaciones precoces que se producen en los pacientes chagásicos y que se instalan muy insidiosamente, dificultando reconocer por parte de la medicina su real importancia, llamándolos a estos sólo portadores sanos. (12) (16) (24) (29).

Las vías de transmisión de la enfermedad de Chagas pueden tener varias formas (4):

- La vectorial, donde la vinchuca infectada pica y defeca al huésped. Sobre esta vía trabajan la mayoría de los planes de control gubernamentales para interrumpir la transmisión, con fumigaciones y controles periódicos. Con estas políticas se logró la interrupción vectorial con vigilancia en Brasil, Chile y Uruguay, disminuyendo notablemente su presencia en Bolivia y Argentina
- La vertical o congénita, donde el parásito pasa de la madre infectada por Chagas al hijo, durante el embarazo o parto. En Argentina, el riesgo de transmisión congénita ha sido estimado entre 2,6% y 7,9%. Actualmente se informa que la forma de transmisión congénita se ha transformado en la principal manera de contagio, con 1500 nuevos casos al año, gracias al control de la forma vectorial y de transfusiones. Sin embargo, la obtención de los registros y su vigilancia son deficitarios, entre algunas razones, porque sólo se recogen datos en el sector público y no así en el sub sector privado y de obras sociales (30).
- La transfusional, cuando por alguna transfusión de sangre se transmite del dador al receptor.
- La vía de transmisión a través de los trasplantes de órganos.
- La vía oral, al consumir carnes, bebidas que contengan restos de defecación de triatomídeos infectados.
- En accidentes de laboratorio, al manipular sangre infectada.
- Al compartir agujas o jeringas, donde alguno de los participantes esté infectado por tripanosoma.

Para esta investigación se creyó necesario entender, a través de la historia y los diferentes contextos sociales, económicos y políticos de la enfermedad de Chagas, algunos datos que sirvieron para entamar lo sucedido y comprender los momentos de visibilidad e invisibilidad de la patología. Esta enfermedad pasó de ser: primero desconocida, luego un mito o rareza médica en la Argentina, para más tarde constituirse en un inconveniente médico durante los años treinta del siglo XX y finalmente un

problema social, que generó tiempos de reconocimiento y otros de olvido que se repiten hasta nuestros días.

El informe sobre la existencia de las vinchucas se la encuentra en las crónicas de los viajeros durante la colonia y testimonios de presencia de vinchucas en los domicilios de las comunidades rurales son relatados por exploradores, religiosos y viajeros que en diversas oportunidades llegaron al continente durante la colonia. En nuestro país, hay muchas referencias sobre la vinchuca durante la colonia y es descripta por frailes desde el siglo XVI durante viajes al norte como Tucumán. Otros la asocian a una cucaracha o escarabajo nocturno en los viajes desde Mendoza a Buenos Aires y reconocen el aspecto de chinche que adoptan después de extraer sangre.

Durante el siglo XIX, naturalistas europeos y americanos describieron diversas especies de vinchucas y hablaron de sus comportamientos. Incluso, Charles Darwin, en su paso por Mendoza, escribió:

“No pude descansar por haberme visto atacado (empleo de propósito esta palabra) por un numeroso y sanguinario grupo de las grandes chinches negras de las Pampas, pertenecientes al género Benchuca... Difícilmente hay cosa más desagradable que sentir correr por el cuerpo estos insectos, blandos y sin alas, de cerca de una pulgada de largos. Antes de efectuar la succión son muy delgados, pero después se redondean y llenan de sangre, y en este estado se los aplasta con facilidad” (16 pág. 245).

En el año 1909, el Dr. Carlos Chagas descubrió a la enfermedad que luego llevará su nombre. Todo se inició durante la construcción de las nuevas vías férreas de comunicación por el centro del territorio brasilero en el departamento Minas Gerais. El joven médico Carlos Chagas trabajaba en una misión encomendada para controlar al paludismo. Al investigador le llamó la atención dos hechos significativos que más adelante generarían controversia para este complejo escenario llamado Chagas: primero, la existencia de un insecto, el barbeiro, que se alimentaba de sangre y en su interior tenía un parásito hasta entonces desconocido; segundo, la presencia de bocio endémico en la región (1) (16) (24) (31). El médico no podía asociar estas situaciones hasta que una niña de dos años, presentó fiebre alta y signos agudos de una enfermedad (1) (31). El científico extrajo muestras de su sangre esperando obtener los resultados imaginados. Observó en el extendido la aparición de los parásitos. Luego inoculó sangre infectada con los parásitos a monos. A los veinte días reconoció la aparición de los parásitos en la sangre de los animales. Corroboró sus resultados enviando otras muestras al Instituto de parasitología de Manguinhos. El Dr. Chagas llamó al parásito: *Tripanosoma Cruzi* en

honor a su maestro Oswaldo Cruz y dedicó su vida al estudio de la enfermedad. En los años posteriores continuó registrando la patología crónica que fue mucho más difícil de asociar, pues, no aparecían muchas veces los parásitos en sangre. En ese momento histórico médico, no existían métodos tecnológicos (como el electrocardiógrafo) para verificar muchas de las alteraciones cardíacas propias de la enfermedad.

En tanto, en Argentina la patología fue informada en 1911 por el aporte de algunos médicos. En 1912, el mismo Chagas dio conferencias durante el Primer congreso de Medicina Interna que fueron duramente criticadas por el Dr. Rudolf Kraus, eminente bacteriólogo de su tiempo y otros miembros de la elite médica argentina. Se dijo que la tripanosomiasis era un mito y una ilusión. Kraus, desde sus estudios en el laboratorio, informó que en el Chaco Argentino existían gran cantidad de vinchucas y no se habían registrado casos de infecciones por tripanosomas (1) (16) (24) (31). Por ese tiempo, debido a los escasos avances tecnológicos de la época, hubo un hecho que oscureció las investigaciones del brasilero. Chagas había asociado a la parasitosis con el bocio endémico, esto generó discusiones y descréditos tempranos hacia su descubridor y sus hallazgos. Por otro lado, dentro de la historia de la Argentina, la inmigración hacia el puerto de Buenos Aires, traía otras enfermedades infectocontagiosas urbanas como la gripe española y la tuberculosis que ocupaban la preocupación sanitaria de aquel momento (32).

El interés de la comunidad médica argentina por el Chagas empezó nuevamente a mediados de los años veinte, con el Dr. Salvador Mazza que fue el precursor de los estudios sobre el vector en nuestro país. Describió los hábitos de los triatomídeos y evaluó la sintomatología que la parasitosis producía en los pobladores rurales. Su preocupación por la enfermedad no se detuvo en el laboratorio. Pensó que al Chagas y otras enfermedades parasitarias debería estudiarlas en los lugares más infectados. Se trasladó a Jujuy donde sentó las bases de la endemia. Recorrió el país con su tren/laboratorio dentro del proyecto Misión de Estudios de la Patología Regional Argentina (MEPRA)¹ (1) (16) (24) (31). Gracias a los impulsos de Salvador Mazza, en algunas provincias del norte argentino varios médicos y naturalistas se entusiasmaron por la problemática de la endemia Chagas. Entre 1926 y 1927 se crearon filiales de la Sociedad en Salta, Tucumán,

¹ Al morir tempranamente Mazza, también poco a poco se fue modificando el proyecto. El MEPRA, un propósito multidisciplinario, sanitario, con docencia e investigación y con más de 500 publicaciones se desarmó finalmente en 1958.

Catamarca, Santiago del Estero, La Rioja y Corrientes. En Santiago del Estero, en el año 1934, el Dr. Canal Feijoo detectó el primer caso de Chagas. Más tarde, Jorge W. Ábalos, inició las fumigaciones en el interior santiagueño durante los años cincuenta (1) (23). La enfermedad alcanzaba por esos tiempos un reconocimiento como problema médico extendido.

Entre fines de la década del cuarenta y mediados de la década del cincuenta, con la llegada de Dr. Ramón Carrillo dentro del Ministerio de Salud de la Nación, la enfermedad de Chagas fue reconocida como un problema sanitario y social de relevancia nacional. Se puso de relieve la importancia de la enfermedad crónica cardiaca. Se reconoció su gran extensión endémica. Se encontró una concordancia entre los sueros seropositivos y las áreas endémicas. El Dr. José Cerisola realizó las pruebas de Machado-Guerreiro y recorrió localidades en el interior de país como Ojo de Agua, Sebastián el Cano, Catamarca, La Rioja y Tucumán (1). Se comenzaron las medidas preventivas y de ataque al vector, con las primeras fumigaciones en los hogares rurales.

En ese momento histórico, por la fuerte industrialización del país, se generaron como consecuencia grandes migraciones rurales hacia las ciudades más importantes. Entonces apareció un nuevo momento de la patología. A partir de allí, no se trataba solamente de poblaciones rurales afectadas, sino de enfermos urbanos con discapacidad crónica que concurrían a los Hospitales.

Con el derrocamiento del gobierno de Perón en septiembre de 1955, la continuidad de esta tarea sanitaria se vio fuertemente afectada. El silencio sobre el Chagas fue creciendo y la invisibilización volvió a aparecer (31).

En 1962, la lucha antichagas en el país continuó de forma centralizada a cargo del Servicio Nacional de Chagas. Había delegaciones en las provincias que comenzaron a ver con preocupación su mayor endemidad. En Santiago del Estero, el Dr. Humberto Lugones, fundador y director del Servicio de Chagas, pasó a ser un referente nacional por haber atendido la mayor cantidad de casos agudos, siendo Santiago, “el paraíso del Chagas agudo”². Diagnosticó su primer caso en 1942 y reconoció a esta patología no como algo excepcional, tal como lo aseguraban otros, sino muy corriente para la provincia. En 1966 trató los primeros casos en humanos con drogas experimentales como el Bay 2502 y Nifurtimox. Para poder hacer esos tratamientos se creó a esa instancia, el Centro Provincial de Chagas (23).

² Expresiones vertidas por él en la reunión de autoridades de la UNT durante su charla “La enseñanza del Chagas”

El Estado volvió a visibilizar a la enfermedad. Aparecieron diferentes instituciones destinadas a su identificación, medición y control de la transmisión. En 1969, se continuó con los trabajos de control transfusional y serológico del Chagas (16) (24) (31).

Entre los años setenta y principios de la década del ochenta, se observó una relativa estabilización para controlar la enfermedad. Diversas instituciones del país, universidades y centros de atención como el Instituto Nacional de Diagnóstico e Investigación de la Enfermedad de Chagas “Dr. Mario Fatała Chaben” desarrollaron planes para combatirla.

Los trabajos cuantitativos comenzaron a tener más relevancia para la biomedicina. En los servicios de cardiología de los hospitales se trabajó sobre las patologías crónicas cardíacas provocadas por el Chagas. Estas fueron estudiadas y tratadas.

En el país, durante 1980, se promulgó un decreto-Ley N°22360 o la llamada ley de Chagas que significó un logro para la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, más tarde esta misma ley fue considerada como generadora de discriminación laboral, pues dejaba sin posibilidades a personas seropositivas que eran sometidas a exámenes pre-laborales

En el año 1982, durante el proceso militar, desde la Nación se decidió descentralizar el área anti-Chagas y se transfirió a las provincias la responsabilidad. Más tarde, en el país asomaba la hiperinflación y esta crisis nuevamente influyó sobre el Chagas. De 334.000 viviendas que se rociaban pasaron luego a 14.000 en el año 1988.

Para visibilizar a los probables portadores de Chagas, desde 1981 hasta 1994 se realizaban bajo la coordinación del Instituto “Fatała Chaben”, a los varones de 18 años que se incorporaban anualmente al Servicio Militar Obligatorio, el control serológico de los mismos (1). Esto permitía visibilizar a los portadores que se encontraban alejados de los sistemas de salud. Este dato se perdió al culminar el servicio militar obligatorio.

Con las políticas neoliberales de los años noventa, comenzó un nuevo proceso de invisibilización y el mercado no ayudó a resolver el problema Chagas. Durante ese período, la atención a la enfermedad se dio en un marco de debilitamiento de las estructuras institucionales dedicadas a intervenir sobre el problema, hubo una merma en las tareas de fumigación como en la elaboración de estadísticas sobre la incidencia de la enfermedad en el país, y asociado a un estancamiento o retroceso de la importancia de la enfermedad en el plano de las políticas públicas nacionales. Hubo un desinterés por la

enfermedad de las instancias estatales vinculadas con la salud pública, medido en términos concretos de recursos destinados para su control y atención (31).

En el año 2007, se promulgó la ley Nacional de Chagas N°26.281 que derogó la anterior ley. Esta nueva herramienta se preocupa por evitar la discriminación laboral hacia los infestados; no obstante, ello no se logró en los términos propuestos. La discriminación continúa solapada, y convive hoy entre muchos efectores y afectados.

En relación a los últimos veinte años de Santiago del Estero, el control del Chagas en la provincia fue reformulado a partir del año 2005, tomando como base la prevalencia e incidencia del momento: “El gobierno provincial asume a la enfermedad como una de las problemáticas centrales de la realidad sanitaria”, según dice el documento técnico de la Interrupción de transmisión vectorial en los Departamentos Ojo de Agua y Quebrachos del año 2013. A partir de ese momento se compraron vehículos, insumos y se incorporó personal a la lucha contra la patología. En los informes vertidos por la institución, se muestran gráficos y tablas que indican un mejoramiento importante de la situación (23). En el año 2013, la OPS declaró a los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos, “*libres de vectores infectados de Chagas*”.

Algunos aspectos socio-culturales, económicos y políticos relacionados

Desde la mirada médica actual, muchas de las acciones que la ciencia y las organizaciones públicas utilizan para analizar y combatir a la enfermedad de Chagas están dirigidas hacia dos áreas específicas: por un lado, los estudios en ciencias básicas, biología celular y el genoma. Por otra parte, la demostración por parte de las instituciones gubernamentales y las organizaciones internacionales de salud (OMS-OPS), sobre cómo bajar la incidencia de los vectores infectados a través de acciones como: la erradicación de vinchucas infectadas en los domicilios, erradicación de ranchos, control de donación de sangre y evaluación de la aparición del parásito en el recién nacido (14) (33).

Como se expresa al principio de este trabajo, a la pobreza se le asigna un rol de singular importancia dentro de la problemática del Chagas. Las organizaciones internacionales de salud, OMS/OPS, expresan que son los pobres del continente americano los receptores mayoritarios de este mal e incluyen al Chagas junto con otras patologías, con el término de “enfermedades olvidadas o desatendidas”. Esta aseveración complejiza su condición desde lo político. Ellas reconocen que, al no existir ninguna vacuna específica para combatir el parásito y por ser una zoonosis, es muy difícil que el

mal de Chagas desaparezca, pero debe ser combatida; recomiendan, al mismo tiempo, una logística necesaria para desinfectar las viviendas rurales y los peri-domicilios, utilizar mosquiteros y mejorar la calidad de las viviendas, además de aumentar la comunicación hacia las comunidades afectadas (33).

Relevancia de la investigación

Este trabajo de investigación se estructuró a partir de un dato antropológico médico que sucedió en el año 2013 en la ciudad de Ojo de Agua de Santiago del Estero. Aquel evento fue: el acto político realizado por el gobierno provincial, declarando a los departamentos de Ojo de Agua y Quebrachos, como “libres de vectores infectados por *Tripanosoma Cruzi*.” En ese acontecimiento, participaron funcionarios del gobierno provincial, representantes de la OPS y la gente del pueblo. En él se habló sobre la exitosa labor del gobierno para la eliminación de la vinchuca infectada de la enfermedad de Chagas en esos departamentos. Desde el trabajo como médico cirujano en el hospital Cleofás Mazza, a partir de un Chagoma de inoculación observado en el consultorio unos meses antes y por los comentarios de los pacientes sobre la vinchuca, aquel dato fue puesto en duda.

En esta investigación se interpretó la realidad del Chagas en esos departamentos de Santiago del Estero y a través de la misma, en otras regiones. Se procuró estudiar los postulados biológicos e interpretar, además, las dimensiones culturales, sociales, económicas y ambientales que intervienen y determinan el modo en que las personas entienden y viven la salud/enfermedad/atención/prevención. Comprender que cada comunidad desarrolla una respuesta específica de sentidos, prácticas, usos y acciones ante una enfermedad, es al mismo tiempo, complejizar a la misma.

En el caso particular del Chagas es tratar de comprenderlo y visibilizarlo como un “hecho social”, entendido desde la perspectiva de Durkheim como: *“Toda manera de hacer, establecida o no, susceptible de ejercer sobre el individuo una coacción exterior; o también, el que es general en la extensión de una sociedad determinada teniendo al mismo tiempo una existencia propia, independiente de sus manifestaciones individuales”* (49 pág. 51).

Objetivos

Objetivo general:

- Analizar a la enfermedad de Chagas desde la perspectiva de la medicina antropológica en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de Santiago del Estero.

Objetivos específicos:

- Identificar los saberes y conocimientos que circulan sobre el Chagas entre comunidades rurales de los departamentos Ojo de Agua - Quebrachos de Santiago del Estero. Compararlos con los saberes de un grupo de estudiantes de cuarto año de medicina de la UNC.
- Analizar las percepciones, sentidos y prácticas que los agentes locales del gobierno de Santiago del Estero poseen sobre la vinchuca y el Chagas.
- Interpretar, a través del método etnográfico, las diferentes percepciones y prácticas que se generan en relación al Chagas y la vinchuca, entre los pobladores rurales de los departamentos Ojo de Agua – Quebrachos y los agentes de salud de la provincia de Santiago del Estero.
- Inferir las percepciones de los agentes sanitarios locales y de los pobladores rurales de Ojo de Agua - Quebrachos, acerca de los efectos de las políticas públicas destinadas al Chagas.

CAPÍTULO 2

MATERIAL Y MÉTODO

Material

Esta investigación se llevó a cabo desde una perspectiva integral:

Se realizó un estudio observacional, transversal, e inferencial, abordado metodológicamente a partir de una encuesta cerrada, aleatoria y consentida, confeccionada para este estudio e implementado a dos grupos de cien personas cada uno. El primero de probable alto riesgo de infestación para Chagas, rural, pobre y de escasa escolaridad residentes en las comunidades de Cantamampa, El 49 y Loma Blanca; contrastado con otro grupo de probable bajo riesgo, urbano y de alta escolaridad, estudiantes de medicina de la UNC.

En ambos casos se indagó la información epidemiológica sobre tres ejes:

- a. Aspectos-bio-socio-culturales de los grupos
- b. Conocimiento sobre la Vinchuca
- c. Conocimiento sobre Chagas

Se consideró: datos sociodemográficos como: edad, género, ocupación, características de la vivienda, ingreso de animales a la vivienda, fuentes de energías utilizadas en sus viviendas. Aspectos socioculturales como la utilización de tecnologías que usan para la comunicación. Accesibilidad a informes oficiales sobre la vinchuca y el Chagas. Conocimiento sobre la vinchuca y su peligrosidad. Conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y las acciones de fumigación que realiza el gobierno provincial.

Como se mencionó, atento a los intereses particulares de este trabajo, se decidió investigar en una primera instancia a través de una encuesta cerrada a dos grupos bien diferenciados:

Grupo A:

- Cien pobladores residentes rurales estimados como de alto riesgo de padecer Chagas. Con necesidades básicas insatisfechas y alejados del sistema de salud. Se consideró como variables: vivir en zona rural endémica de alto riesgo para padecer la enfermedad y poseer antecedentes de Chagas agudo o crónico dentro de las comunidades estudiadas durante el período de investigación.

A tal fin, se realizó una encuesta cerrada y aleatoria, a residentes rurales de tres poblaciones o parajes de los Departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de la provincia de Santiago del Estero, denominados:

- a. Cantamampa, comunidad ubicada a diez kilómetros la localidad de Ojo de Agua. En el lugar hubo un Chagoma de inoculación durante el período de estudio.
- b. El 49, comuna ubicada a sesenta kilómetros de la localidad de Ojo de Agua a los costados de la Ruta Nacional N°9. La comuna posee un 50% de ranchos en su constitución. Existían antecedentes de Chagas agudo y crónico entre los pobladores.
- c. Loma Blanca, comunidad ubicada a setenta kilómetros de Ojo de Agua, cerca de los Esteros del río Dulce, dentro del departamento Quebrachos. Con ranchos y necesidades básicas insatisfechas. Existían enfermos con patología chagásica crónica.

Grupo B:

- Cien pobladores residentes urbanos, de alta escolaridad, todos estudiantes de medicina, considerados como de bajo riesgo de padecer la endemia, por su condición social, sus conocimientos sobre la patología y por no existir antecedentes de Chagas agudo o crónico entre los encuestados durante el período de la investigación. Todos cursaban cuarto año de la Carrera de Medicina en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC. Se los eligió al azar, dentro de diferentes cursos de cirugía y módulos optativos.

Cuestionario aplicado

ENCUESTA N°	AÑO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	GÉNERO	
				VARÓN	
				MUJER	
				OTROS	

LOCALIDAD	ZONA	
	RURAL	
Antigüedad en el lugar:	URBANA	

Escolaridad que completó							
No Tuvo		Primaria		Secundaria		Superior	

INGRESOS	SÍ	NO	¿Cuál es su Ocupación?
Trabaja por su cuenta			
Relación de dependencia			
Recibe subsidios o planes			
Recibe Pensión por Chagas			

VIVIENDA						SÍ	NO
Rancho		Material		Mixta		Posee títulos de la propiedad	
¿Participa en Plan de erradicación de ranchos?							
¿Colocaron Chapita identificadora sobre la puerta?							
¿Qué representa la chapita?							
¿Cuántas familias en la vivienda?				Cantidad de personas en la vivienda			
				niños			
				jóvenes			
				adultos			
				adultos mayores			

SERVICIOS							
Agua	De red		De camión		De Pozo		De lluvia
Luz	Eléctrica		Panel		Generador		
Gas	Garrafa		Leña				

ANIMALES		Ingresan a la vivienda
Tiene perros-gatos		
Tiene gallinas-pollos		
Tiene cabras u otros		

COMUNICACIÓN			
Usa Celular		Usa Internet	
No usa		Baja aplicaciones	
Con familia		Juegos	
Con amigos		Música	
Para urgencias		Videos	
Recibe comunicación comunal u oficial		Recibe comunicación por radio o tv	
Sobre salud/enfermedad		Sobre chagas	
Sobre chagas		Sobre dengue	
Sobre dengue		Sobre chicunguña	
Sobre chicunguña			

VINCHUCA		SÍ	NO		
¿Reconoce a la vinchuca?					
¿Hay vinchucas buenas (no pican)?					
¿Hay vinchucas bravas (enferman)?					
¿Encontró vinchucas?			¿cuándo?	¿cuántas?	
En la vivienda					
En alrededores					
En gallineros/ corrales					
En el monte					
Si encuentra vinchucas en su domicilio Ud. avisa:					
Al Municipio					
Al Agente sanitario					
A la Escuela					
A Otro			¿A quién?		
A Nadie					
¿Qué es más peligroso?	un alacrán	una vinchuca	una araña	una víbora	
¿Por qué?					
¿Qué representa la vinchuca para Ud?					

CONTROL Y PREVENCION	SI	NO	NO SABE
¿Ha sido picado por una vinchuca?	¿cuándo?		

¿Las vinchucas se alimentan de sangre?			
¿Trasmiten alguna enfermedad?	Cuál:		
Si son picados ¿concurren al hospital?			
¿Conoce a los fumigadores (Chincheros)?			
¿Vienen a su casa?			
¿Cuándo fue la última visita?	Hace: días- meses-años		
	No me acuerdo		
¿Ellos controlan si hay vinchucas en su casa o alrededores?			
¿Ud. los deja entrar a su domicilio para que revisen debajo de colchones y ropas?			
¿Cree necesario controlar la vinchuca en su domicilio?			
¿Sabe cómo controlar la vinchuca?			
¿Puede hacerlo Ud. mismo?			
¿Le interesaría aprender cómo controlar la vinchuca usted mismo en su casa?			
¿Ud. cree que la fumigación ayuda a resolver el problema?			
¿Considera qué Ud. podría hacer la fumigación?			
¿Necesita ayuda del gobierno?			
Con insumos			

Con personal			
Con capacitación			

CHAGAS					
¿Cómo se enteró del Chagas?	Escuela	Hospital	Agente sanitario	Chincheros	Gente conocida
¿El Chagas es una enfermedad?		SÍ	NO	¿Por qué?	
¿Qué afecta más frecuentemente?		No sabe	Intestino	Piel	Corazón
				SÍ	NO
¿Se transmite el Chagas por transfusiones?					
¿Conoce si Ud. tiene Chagas?					
	SÍ	NO			
¿Se preocupó por saberlo?			¿Por qué?		
¿Le hicieron algún análisis específico sobre Chagas?					
¿Le dieron los resultados?					
En caso de ser positivo ¿fue tratado?			¿Por qué NO?		

En caso de haber iniciado algún tratamiento ¿lo terminó?			¿Por qué NO?
¿El Hospital le proporcionó la medicación?			¿Por qué NO?
¿Conoce si alguien de su familia se enfermó o murió por Chagas?			SÍ
			NO
Para Ud. ¿Qué es estar enfermo por Chagas?			
			SÍ
			NO
Por parte del gobierno ¿tiene información sobre la vinchuca y el Chagas?			
Por parte de la escuela ¿tiene información sobre vinchuca y Chagas?			
Los Agentes sanitarios ¿vienen a controlar e informar sobre Chagas o vinchucas?			
El gobierno ¿debería informarle sobre datos estadísticos y el control de Chagas en la zona?			

En una segunda etapa, se realizó un estudio etnográfico de observación participante y entrevistas en profundidad, focalizado no sólo en recoger los discursos, sino que en la medida de lo que se permitió, se ejecutaron prácticas para entender la dimensión simbólica de los grupos, buscando entender el significado específico de prácticas y concepciones construidas colectivamente. El estudio buscó la comprensión, puso énfasis en la subjetividad de los pobladores. Se entrevistó en profundidad y en varias oportunidades a diez pobladores elegidos al azar, en los parajes mencionados anteriormente. Además, se trabajó entrevistando a diferentes agentes públicos del Estado

provincial: los tres fumigadores existentes para Chagas y enfermedades parasitarias de los departamentos Ojo de Agua; a agentes, funcionarios y efectores de salud (la directora, al cardiólogo y al bioquímico del centro de Chagas y enfermedades parasitarias de Santiago del Estero; a la cardióloga del hospital Cleofás Mazza de Ojo de Agua, encargada del Chagas en el departamento zona sur de la provincia; a la directora del hospital de Sumampa; el asistente social de El 49). También a la directora y a diez estudiantes primarios de la escuela provincial “Nuestra señora de los milagros” de la localidad de El 49. Se caracterizaron las dimensiones: cultural, social, política, educativa y ambiental. Se indagó acerca de los procesos de acción e interacción que reproducen la relación salud/enfermedad/atención/prevenición, atendiendo a la comunicación tanto discursiva como no discursiva (prácticas corporales, espacios y zonas, actitudes).

La antropología y la medicina antropológica se diferencian de otras disciplinas, no por su objeto de estudio sino más bien, por una orientación que dirigen su interés de conocimiento sobre procesos que generalmente aparecen como no documentados, eventos que habitualmente no se hacen públicos por su obviedad, informalidad y vivacidad (Levi Straus, 1968, citado en Achili (35 pág. 18). En esta actividad, el investigador no accede de la misma forma a los diferentes participantes, pero registra los momentos compartidos. Hace un recorte de lo social.

En este trabajo, mediante la observación participante y las entrevistas en profundidad; se puso en valor ciertos discursos de los diferentes agentes sociales (pobladores rurales y agentes de salud) que son poco tenidos en cuenta por la biomedicina y las políticas públicas. En las entrevistas, se identificó palabras y conceptos que se consideró claves para la discusión. Se las agrupó por categorías discursivas para interpretar en forma más amplia al Chagas. Se lo analizó como un proceso o hecho social y no sólo como una endemia biomédica, donde a través de las actuales políticas públicas de fumigación, se puede eliminar al vector infectado por *Tripanosoma* y declarar a la zona “libre de vectores infectados”.

Se las separó de la siguiente forma:

- a. Naturalización del problema
- b. Violencia estructural en el Chagas
- c. Estigmatización del paciente chagásico
- d. Resignificación de la persona ante la enfermedad, en el paciente crónico
- e. El Chagas como factor para obtener beneficios

Registro

Esta investigación se llevó a cabo durante los años 2015, 2016 y 2017.

Durante las entrevistas y en la observación participante, cuando fue posible, se llevó un cuaderno de campo y grabaciones.

El trabajo como médico en el consultorio de cirugía en el hospital donde se concurre una vez por semana desde hace quince años, habilitó la interacción con distintos actores en Ojo de Agua y Quebrachos; abrió posibilidades de indagar e interpretar el entramado de la salud pública y la comunidad. En el contexto de este estudio, fue un desafío interesante atender permanentemente a la reflexividad, tensionando el rol de médico y negociando lo que la comunidad espera como profesional y como investigador en el lugar.

En esta investigación los nombres de los encuestados fueron cambiados para preservar su identidad. Se les explicó a través de un consentimiento informado, sobre el destino de este material y el uso del mismo en la divulgación del trabajo. Se comprometió a hacer las devoluciones de lo escrito a los diferentes participantes en caso de ser requerido. El principio de la no maleficencia obliga a no hacer daño intencionalmente, insta a no someter a los demás a riesgos inaceptables. Se debe asumir que en cualquier tipo de tarea con seres hay riesgos (sociales, familiares o psicológicos) (34), que se trató de evitar permanentemente durante este trabajo.

Diseño y estadística

A partir de una encuesta cerrada se registraron variables socio-demográficas como: género, edad, composición familiar, antigüedad en el lugar, ingresos, ocupaciones. Además, algunos aspectos socioculturales en relación a utilización de las nuevas tecnologías representadas en este caso por el celular.

También, con cuestionarios diseñados para la identificación y caracterización de las representaciones y/o las percepciones: de la enfermedad, del vector, de los riesgos, de la condición de enfermo.

Se consideraron, asimismo, aspectos de dimensión cultural y de políticas públicas con preguntas relacionadas a: campañas de difusión, programas, planes o proyectos específicos relacionados con el control ambiental y de la endemia (prácticas de control y acciones de erradicación), educacional (conocimientos biológicos de la enfermedad, del vector y de la transmisión; medidas de prevención; proyectos educativos, talleres u otro

tipo de intervención); sanitaria (condición personal, adherencia al tratamiento, control de la enfermedad).

En cuanto a la enfermedad se investigó: condición de enfermo, antecedentes familiares de la enfermedad o de patologías relacionadas con la muerte por Chagas.

Validación cuestionario

La consistencia interna del instrumento para realizar las encuestas fue estimada según el método de Kuder y Richardson, conocido como K-R20. Esta elección radica en que el método es aplicable en caso de ítems dicotómicos (es decir, en casos en los cuales hay dos posibles respuestas), característica común de la mayoría de los ítems que componían el instrumento. La expresión para el cálculo del coeficiente K-R20 es la siguiente:

$$r = \frac{n}{n - 1} * \frac{V_t \sum pq}{V_t}$$

Dónde: n es el número de ítems, V_t es la varianza total (proporción de éxitos en el total de encuestas), p es la proporción de respuestas consideradas éxito en cada ítem, y $q=1-p$. En cada ítem se obtienen los correspondientes valores de p y q , siendo pq la varianza en cada ítem. La $\sum pq$ corresponde a la suma de las varianzas individuales de cada ítem.

El valor obtenido para el coeficiente r fue 0,80; esto evidencia alto grado de consistencia interna.

Análisis de los datos

Para el análisis de los datos, teniendo en cuenta la naturaleza de las variables a analizar, se realizó análisis univariado para describir la distribución y frecuencia de presentación de cada variable incluida en el cuestionario, análisis bivariado de asociación entre las variables y análisis multivariados, para la caracterización de las dimensiones abordadas y la elaboración de tipologías. Las asociaciones de interés fueron abordadas mediante datos categóricos utilizando el test de Chi-cuadrado ajustado. En situaciones

multivariadas se utilizó el análisis de correspondencia, en todos los casos se trabajó con un valor de significación del 95%.

Por otro lado, y a través de la etnografía como método cualitativo, se realizó un análisis descriptivo/interpretativo, obteniendo información básica y relevante desde las entrevistas en profundidad y con observación participante, a los pobladores de tres comunidades y agentes estatales. Cuando se pudo, se realizaron prácticas para interpretar mejor la observación participante. Estas técnicas fueron aplicadas para determinar las representaciones, prácticas y sentidos que los pobladores tienen sobre la problemática del Chagas y la vinchuca. Las entrevistas se repitieron en varias oportunidades con los mismos actores sociales. Se entrevistó, además, en profundidad a diferentes funcionarios y agentes del gobierno relacionados con la patología, permitiendo reconocer usos, representaciones y prácticas que se hacen del Chagas en Santiago del Estero.

CAPÍTULO 3 RESULTADOS

Análisis de la encuesta

a). Aspectos bio-socio-culturales

- **Características sociodemográficas de las poblaciones encuestadas**

Las personas encuestadas en el grupo de bajo riesgo de infestación, tenían entre 20 y 45 años, con media de 24 años y desvío estándar de 4 años. En la distribución de las edades, un 72% tenía entre 20 y 24 años; y un 18%, entre 25 y 28 años.

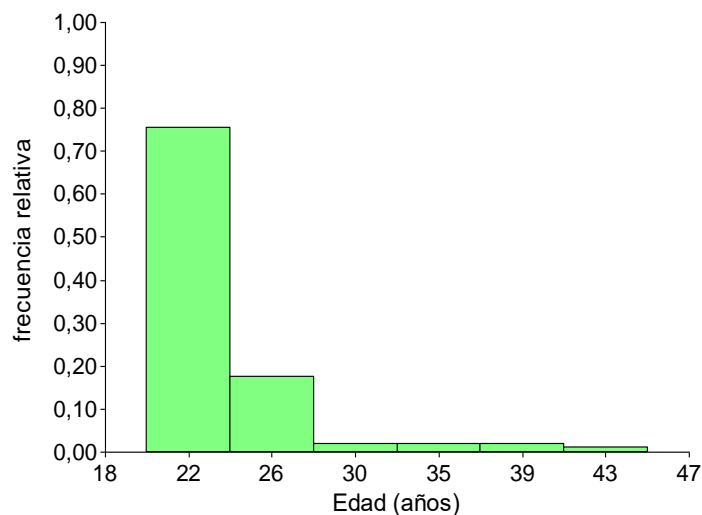


Figura 18: Distribución de personas del grupo con bajo riesgo de infestación de acuerdo a la edad (n: 100)

Por su parte, en el grupo de alto riesgo de infestación, las edades estaban comprendidas entre los 11 y los 85 años con media de 44 años y desvío estándar de 19 años. En la distribución de edades, un 20% tenía entre 11 y 25 años; correspondiendo el 50% a mayores de 45 años.

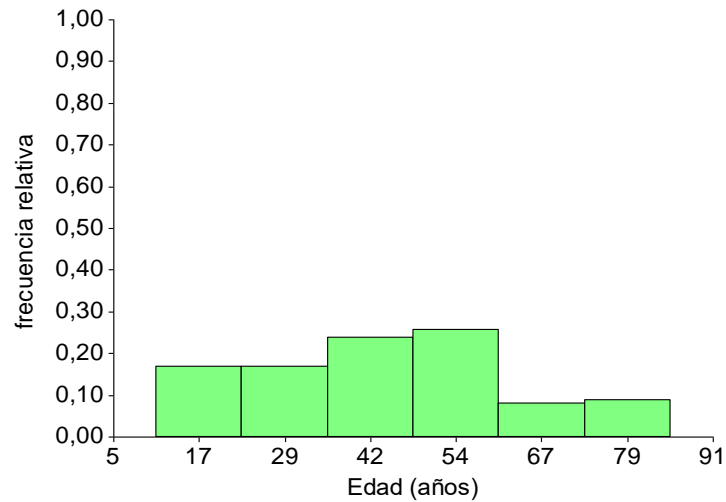


Figura 19: Distribución de personas del grupo con alto riesgo de infestación de acuerdo a la edad (n: 100)

Respecto al género, la frecuencia de masculinos fue de n= 36 (36%) y la de femeninos, de n=64 (64%). Con una frecuencia acumulada de n=100 (100%) en el grupo de bajo riesgo de infestación. En tanto, en los de alto riesgo, la frecuencia de los masculinos es de n=44 (44%), femenino n=50 (50%) y otros n=6 (6%)



Figura 20: Distribución según género de los grupos de bajo y alto riesgo de infestación (n: 200)

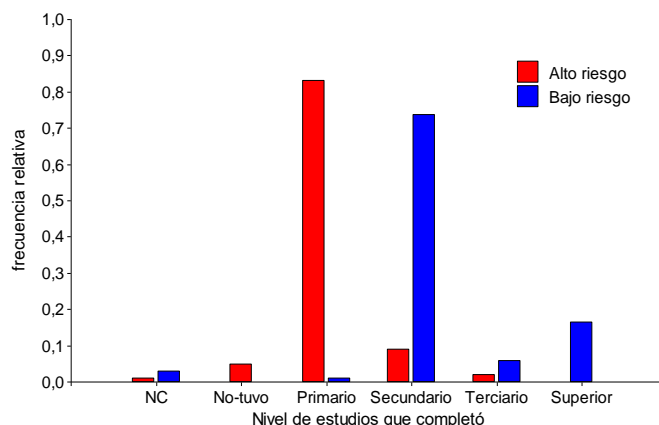


Figura 21: Distribución según nivel de estudios completados de los grupos de bajo y alto riesgo de infestación (n: 200)

Respecto a la ocupación, todo el grupo de bajo riesgo de infestación, correspondió a estudiantes universitarios de medicina de tercero a quinto año, que en un 10% declararon trabajar.

Por su parte, el grupo de alto riesgo de infestación presentó un 11% de estudiantes primarios, un 12% de jubilados y un 6% de pensionados. En general, las de género femenino eran amas de casa y los de género masculino trabajaban como jornaleros. El trabajo en relación de dependencia fue declarado por un 13%.

Si tenemos en cuenta la percepción de subsidios y pensión de Chagas, en el grupo de alto riesgo de infestación se observó un 31% de subsidios, existiendo un 49 % de los que informaron no poseerlos, con un alto porcentaje de personas que no contestaron (21%). Sólo se informó un 7% de pensionados por Chagas

- **Características de la vivienda**

En el grupo de alto riesgo un 60% poseía vivienda de material y el 40% vivían en ranchos o viviendas mixtas. El 51% dijo que no poseer títulos de propiedad.

La pertenencia al plan de erradicación de ranchos fue indicada en un 34% de los encuestados y un 12% no respondió sobre dicha condición.

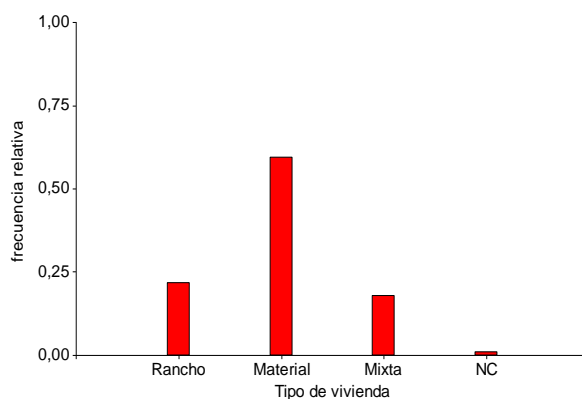


Figura 9: Distribución según el tipo de vivienda en el grupo alto riesgo de infestación (n: 100)

Entre los habitantes de viviendas rancho la proporción de beneficiarios del plan erradicación de ranchos fue estadísticamente mayor ($p=0,0071$) que las proporciones observadas en los otros tipos de vivienda. Un 62% de los ranchos pertenecían al plan mientras que dicha proporción es de un 47% en las viviendas mixtas y de un 24% en viviendas de material. Cabe señalar que un 38% de los habitantes de ranchos manifestaron no pertenecen al plan de erradicación.

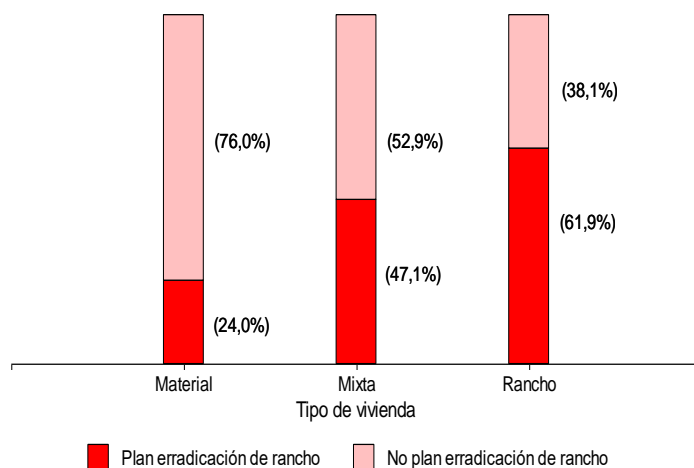


Figura 22: Distribución de beneficiarios del plan erradicación de ranchos según el tipo de vivienda en el grupo de alto riesgo de infestación (n: 100)

- **La “chapita”³ en la vivienda: presencia y representaciones**

En todos los tipos de vivienda cerca del 90% del grupo de alto riesgo contestaron que tienen “chapita”. En el total de viviendas con “chapita” un 37% pertenecían al plan de erradicación de ranchos y un 8% contestaron que recibían pensión por Chagas.

En viviendas sin “chapita” ninguna pertenecía al plan de erradicación de ranchos y no habría quienes reciban pensión por Chagas.

Respecto al conocimiento sobre la representación de la “chapita”, en el grupo de bajo riesgo un alto porcentaje de los encuestados no contestaron a esta pregunta y un 17% expresó no saber el sentido de la “chapita”. Sólo el 9% de los encuestados respondieron que “la chapita” es para identificar las viviendas a fumigar.

En tanto, cerca de un 30% de los encuestados de alto riesgo, opinaron que “la chapita” es para numeración o identificación de las viviendas para el personal de Chagas (agentes sanitarios, fumigadores). Otros la asociaron con “control” para las viviendas o para el trabajo de los fumigadores. Algunos mencionaron que “la chapita” indica que no hay vinchuca. Aproximadamente un 30% no contestó o dijo no saber que es “la chapita”.

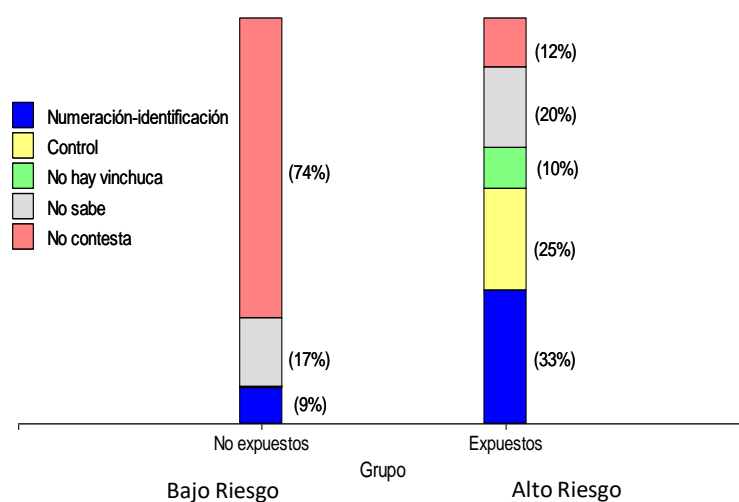


Figura 11: Distribución según percepción sobre “la chapita” en los grupos de bajo riesgo y alto riesgo de infestación. (n: 200)

³ “Chapita”: Es una identificación metálica que el gobierno provincial, a través de los fumigadores, coloca generalmente sobre la puerta de entrada de la vivienda para registros estadísticos provinciales.

- **Ingreso de animales en el domicilio (perro; gallina; cabra)**

Se observa que un mayor porcentaje de los encuestados del grupo bajo riesgo (84%) permiten la entrada de perros a su vivienda en relación a los pertenecientes al grupo de alto riesgo (65%). Los de alto riesgo permiten que entren gallinas en un alto porcentaje en relación a la cabra.

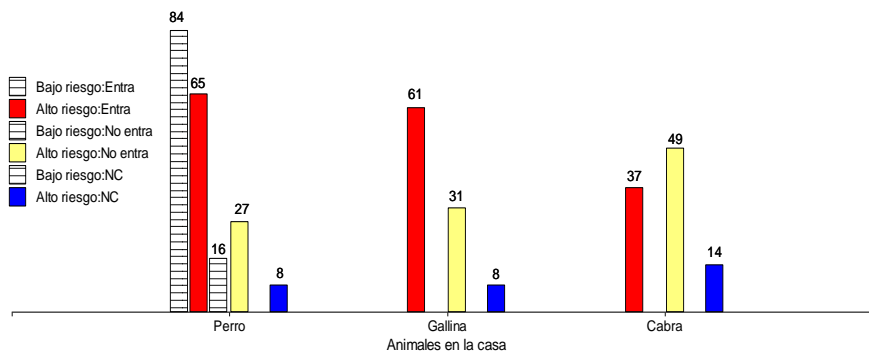


Figura 12: Porcentajes de entrada de animales a la vivienda en los grupos de bajo y alto riesgo de infestación (n: 200)

- **Fuentes de agua y energías**

El grupo de bajo riesgo posee 100% de sus necesidades energéticas y de agua satisfechas, a diferencia de los de alto riesgo donde hay dificultades para obtener agua potable (97%) y luz eléctrica convencional (49%). En relación al combustible, la mayor parte de los encuestados de alto riesgo lo obtienen de garrafas y leña.

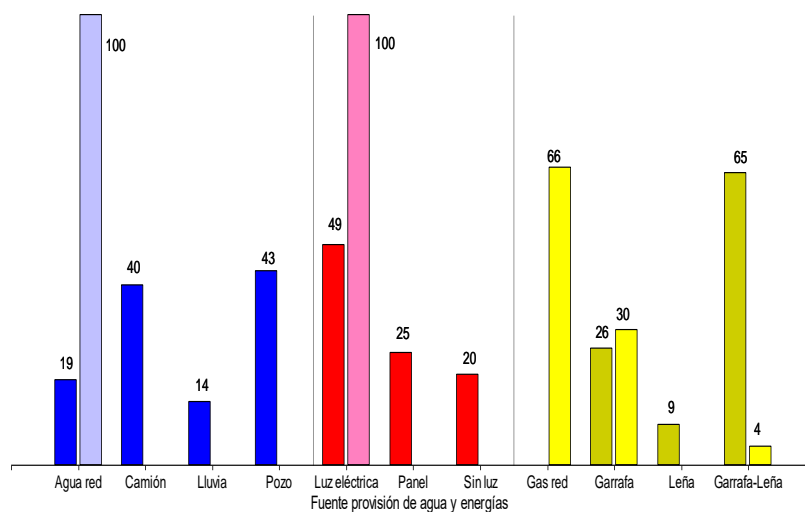


Figura 13: Distribuciones de fuentes de agua y energía (%). Grupo de alto riesgo (azul, rojo y ocre) y grupo de bajo riesgo (celeste, rosa y amarillo) (n: 200)

- **Tecnologías que usan para la comunicación: celular e internet**

La utilización de celular por parte de ambos grupos es muy significativa. El celular es un instrumento común de comunicación y relación de los individuos. El 100 % de los de bajo riesgo lo usa. El 78% de los de alto riesgo de infestación informó que usa celular.

En relación a la edad y el uso de celular, se observa en ambos grupos que los más jóvenes usan al celular con sus aplicaciones e internet.

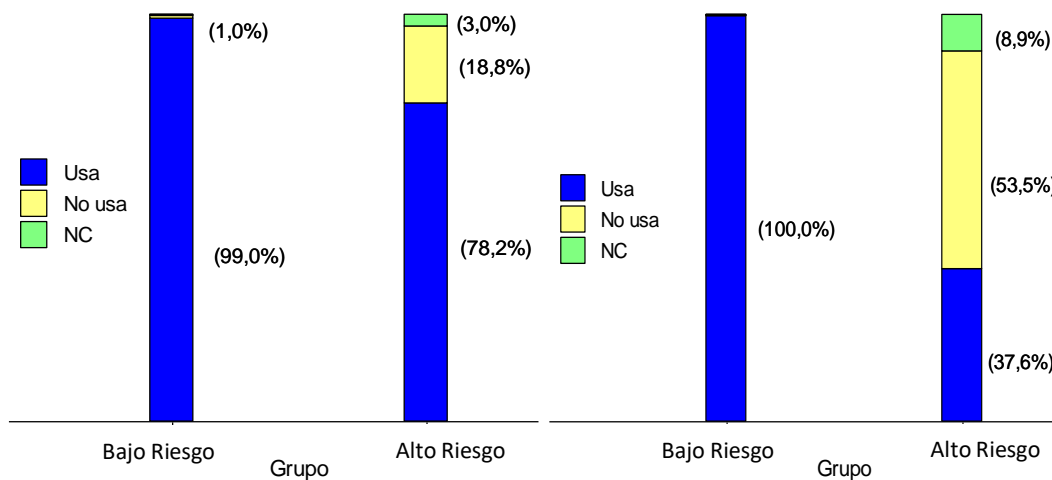


Figura 14: Distribución del uso de celular en los grupos de alto y bajo riesgo de infestación (n:200)

Figura 15: Distribución del uso de internet en los grupos de alto y bajo riesgo (n: 200)

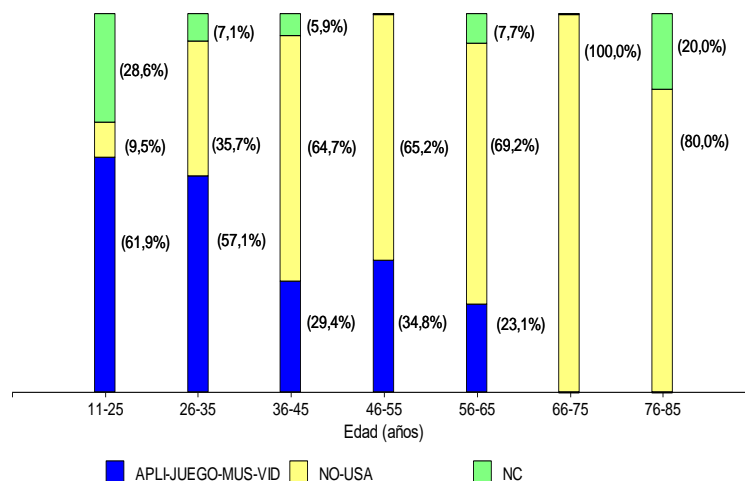


Figura 1623: Distribución del uso de celular en relación a aplicación y juegos según edad (n: 200)

Respecto a la comunicación oficial, en el grupo de bajo riesgo, la mayoría de los encuestados (63%) dijo recibir información oficial sobre salud; un 51% expresó recibir información sobre dengue, un 47% sobre chicunguña y un 36% sobre Chagas.

En cuanto a información por medio radial un 51% mencionó dengue, 43% chicunguña y un 27% al Chagas.

Por su parte, en el grupo de alto riesgo, un 36% dijo recibir información oficial sobre salud y 41% sobre Chagas. Con relación a la información oficial sobre Chagas, la diferencia del 6 % observada entre el grupo de bajo riesgo y el alto riesgo, no resultó significativa ($p= 0,4706$). En los de alto riesgo, el porcentaje de informados sobre Chagas, por medios oficiales, fue estadísticamente igual que el observado en el grupo de zona no endémica.

b). Conocimiento sobre la vinchuca

En este espacio se analiza: conocimiento, percepción, representación, peligrosidad, cantidades encontradas en la vivienda, fumigación, conocimiento sobre la misma y necesidad de ayuda.

- **Conocimiento y percepción de la vinchuca**

El 97% de los de bajo riesgo conocían a la vinchuca, probablemente por su condición de estudiantes de medicina en cursos superiores. El 98 % de los de alto riesgo refirió conocer a la vinchuca.

Sin embargo, cuando se las valora por bravas o buenas, se observa que en el grupo de bajo riesgo, las bravas ocupan un 30%, en tanto aumenta a un 48,5% en los de alto riesgo. Esta diferencia resultó significativa estadísticamente ($p= 0,00636$)

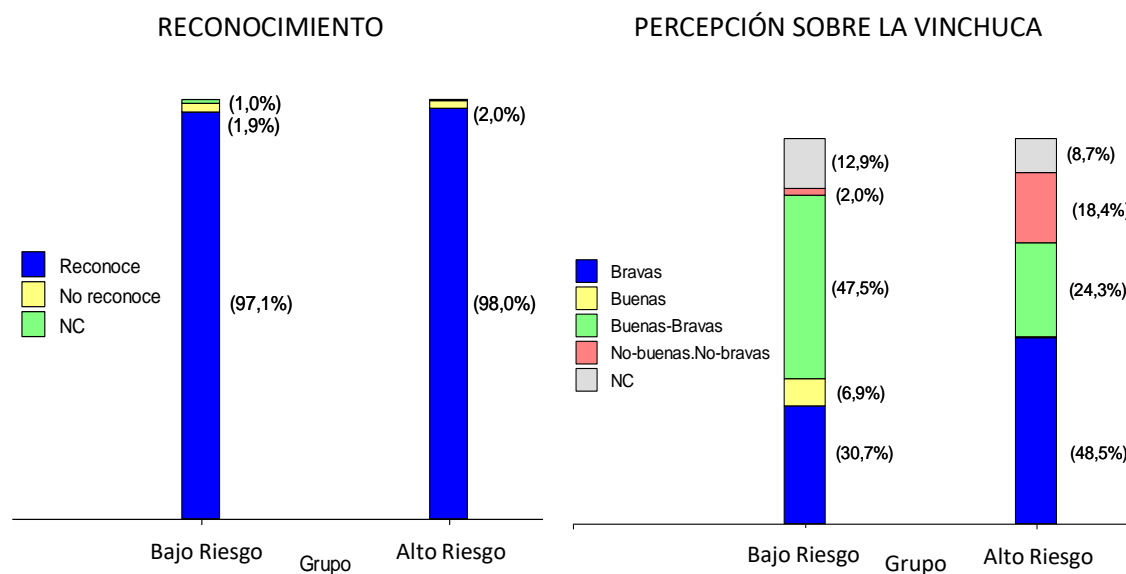


Figura 17: Distribución de las respuestas de acuerdo al reconocimiento de la vinchuca y percepción de la peligrosidad del insecto clasificado por brava-buena entre el grupo de alto riesgo en relación al de bajo riesgo ($p=0,00636$) (n: 200)

- Representación de la vinchuca para sus vidas**

En relación a esa pregunta se observa en la siguiente figura de riqueza léxica las diferentes expresiones que los participantes de alto riesgo le dieron al insecto. Hay una gran dispersión de palabras. Los conceptos: “Bicho, insecto malo, peligro”, aparecen como los más mencionados por parte de los pobladores de alto riesgo.

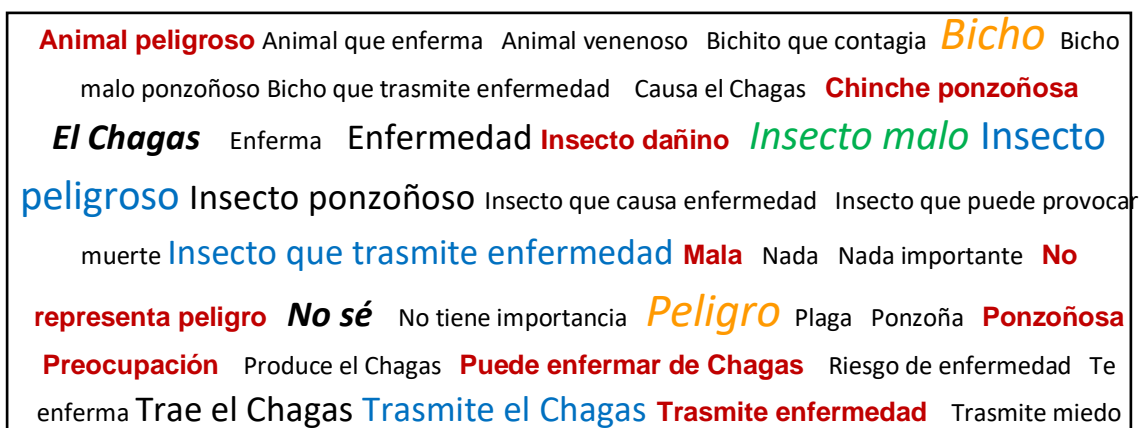


Figura 18: Riqueza Léxica: Expresiones más comunes informadas por los pobladores de alto riesgo (n: 100). El mayor tamaño de la fuente representa una respuesta de mayor frecuencia

- **Información sobre presencia de vinchucas**

Respecto a los lugares habituales donde se hallaron vinchucas, el grupo de alto riesgo encontró vinchucas en su vivienda y los alrededores (monte / peri-domicilio) en un 82%. Así, afirmaron que veía insectos dentro de su vivienda en un 54% de los casos.

En cuanto a la cantidad de vinchucas informadas dentro de los domicilios, los encuestados del de alto riesgo afirmaron haber hallado entre una y cinco (34%); más de tres (14%) y doce o más (4%).

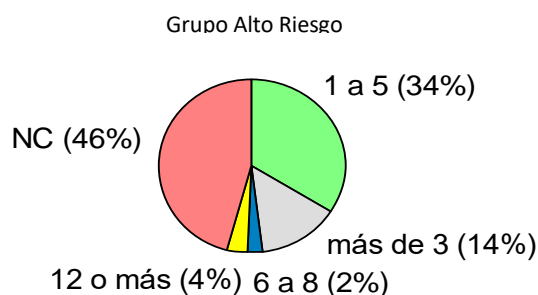


Figura 19: Cantidad de vinchucas encontradas en el domicilio de los encuestados de alto riesgo. (n: 100)

En relación a las entidades a las que se recurre en caso de encontrar vinchucas, los pobladores avisaban mayoritariamente a los agentes (chincheros) en un 52% de los casos. Sin embargo un 28 % no avisaba a nadie y otro 17 % no contestó. La municipalidad recibió información en un 3% de los casos.



Figura 20: Entidad que recibe información ante la presencia de vinchucas en el domicilio en los pacientes de alto riesgo (n:100)

- **Representación de considerar a un animal como peligroso para el grupo de alto riesgo**

Con esta pregunta, el grupo de alto riesgo consideró a la víbora y el alacrán como animales peligrosos, sumando entre ambos un 85% de la preocupación por su peligrosidad y la vinchuca sólo el 11 %, en tanto la araña el 3%.

La preocupación por la muerte inminente se la evidencia en los primeros animales y la vinchuca es asociada a la enfermedad de Chagas con alteraciones a largo plazo.

Tabla 1: Comparación de animales de acuerdo a la percepción de peligrosidad en relación con la salud/enfermedad /atención en el grupo de alto riesgo (n:100)

	VIBORA	ALACRAN	AMBOS	ARAÑA	VINCHUCA	TODOS
PELIGROSIDAD	66%	14%	5%	3%	11%	29%
MUERTE	28%	3%	1%	1%	1%	4%

- **Conocimiento sobre la vinchuca y la enfermedad que transmite**

El grupo de bajo riesgo informó que no fue picado en un 86%. En tanto el grupo de alto riesgo expresó haber sido picado en un 28 % de los casos. De todos estos, el 32% de los encuestados expresó que recordaba haber sido picado hacía un año, un 7% hacía cinco años, y un 4% hacía diez años. En tanto, un 25% hacía veinte años o más, un 7% no recordaba y 25% no contestó.

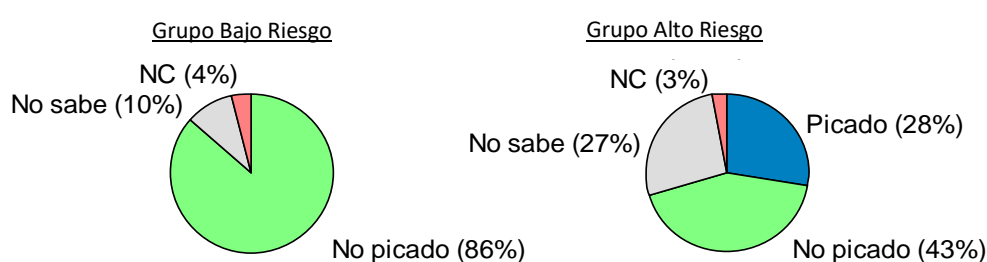


Figura 21: Distribución sobre conocimiento personal sobre picadura de vinchuca. Grupos de alto riesgo y bajo riesgo de infestación (n: 200)

Ante la pregunta sobre los hábitos alimenticios de la vinchuca, ambos grupos informaron conocer que la vinchuca se alimenta de sangre. El grupo de alto riesgo lo reconocía en un 96%, en tanto el de bajo riesgo en un 91%.

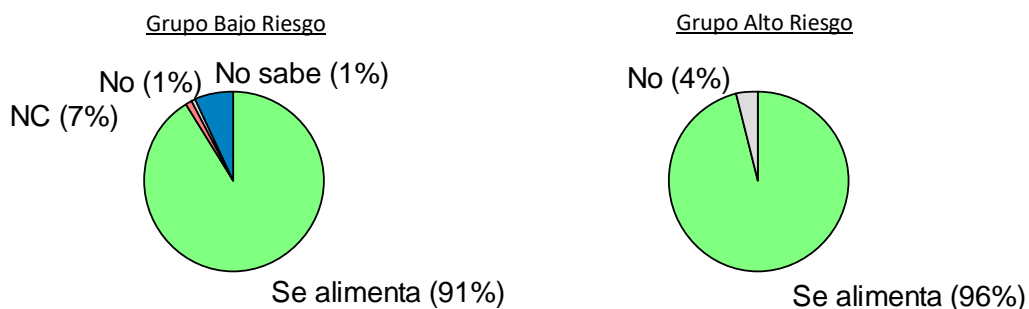


Figura 22: Conocimiento de ambos grupos sobre los hábitos alimentarios de la vinchuca se alimenta de sangre (n: 200)

Por otra parte, el grupo de bajo riesgo conocía que la vinchuca transmite la enfermedad de Chagas en 95% de los casos. En tanto en el grupo de alto riesgo disminuyó al 82%, asociando a la vinchuca con otras patologías como dengue.

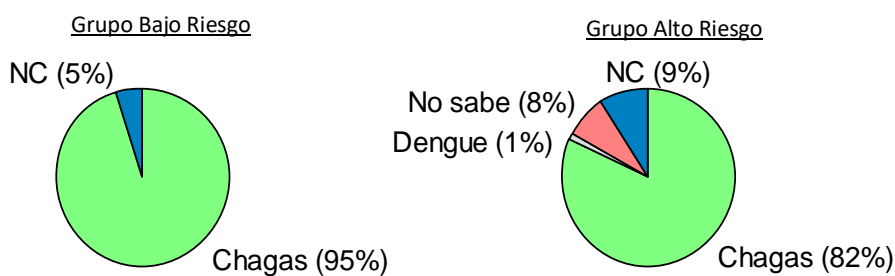


Figura 23: Distribución de acuerdo al conocimiento de la enfermedad que trasmite la vinchuca en ambos grupos (n: 200)

Los resultados muestran que el grupo de alto riesgo conoce a la vinchuca, sus hábitos y las enfermedades que produce. Sin embargo, al ser interrogados ambos grupos sobre la actitud que tomarían al ser picados por una vinchuca, el grupo de bajo riesgo concurriría al hospital en un alto porcentaje (86%) mientras el grupo de alto riesgo sólo lo haría en un 44% de los casos.

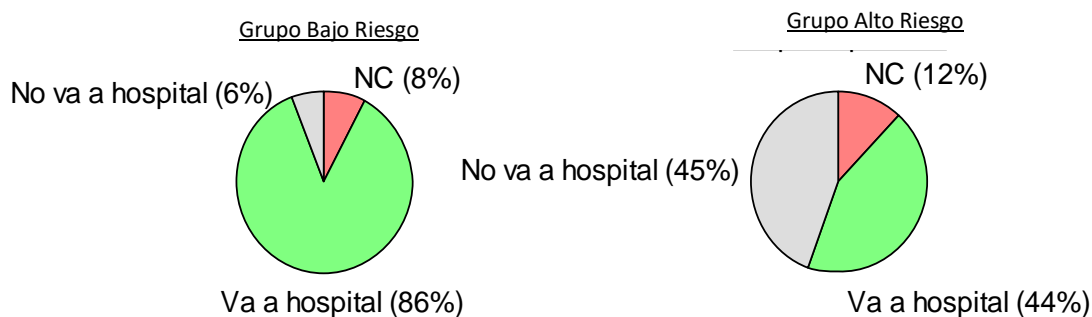


Figura 24: Concurrencia al hospital al ser picado por vinchuca (n: 200)

- **Conocimiento sobre fumigadores y fumigación**

Un altísimo porcentaje de los encuestados conocen y aceptan el ingreso a sus domicilios de los fumigadores (92%). Reconocen la periodicidad de las visitas y lo interpretan como un trabajo de control que se realiza el Estado.

En la figura que se presenta a continuación, se observa que el grupo de alto riesgo considera necesario la fumigación para combatir a la vinchuca en un 93% de los casos. En tanto el grupo de bajo riesgo lo considera necesario sólo en un 41 %.

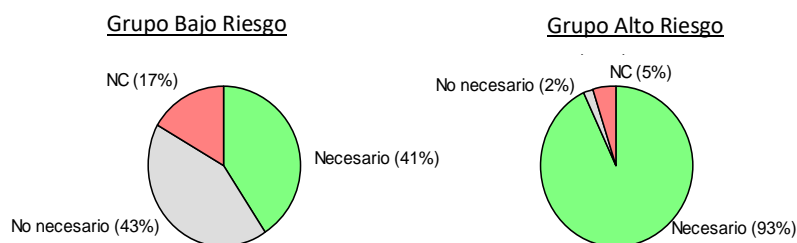


Figura 25: Comparación sobre la necesidad de controlar la vinchuca (n: 200)

Un porcentaje mayor del grupo de bajo riesgo consideró que sabía controlar a la vinchuca 60%, en tanto el grupo de alto riesgo informó no saber cómo controlar al insecto a pesar de reconocer la presencia de los fumigadores en la zona.

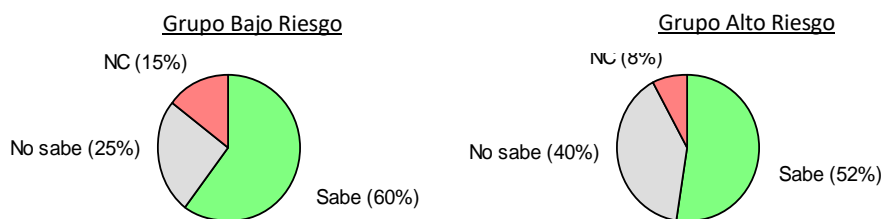


Figura 2624: Distribución entre los dos grupos sobre el conocimiento para controlar a la vinchuca (n: 200)

El grupo de alto riesgo mencionó mayoritariamente que se encuentra en condiciones de controlar el insecto. Fue significativa la diferencia con el de bajo riesgo ($p=0,0117$)

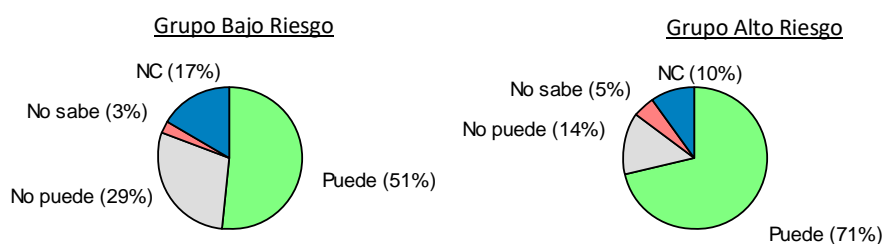


Figura 27: Distribución entre ambos grupos sobre la posibilidad de controlar a la vinchuca con fumigación (n: 200)

Los dos grupos se mostraron interesados en aprender a controlar al vector a través de la fumigación.

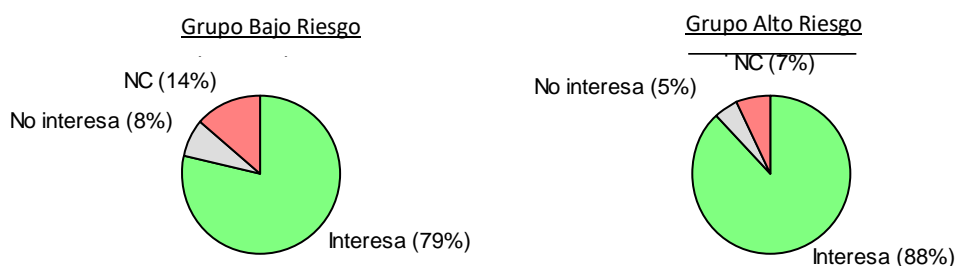


Figura 28: Distribución entre grupos sobre aprendizaje para controlar al insecto (n: 200)

Respecto al reconocimiento sobre la importancia de la fumigación, el grupo de bajo riesgo interpretó mayoritariamente que la fumigación ayuda a combatir el vector, en cambio el grupo de alto riesgo lo interpretó en menor medida. ($p=0,1539$)

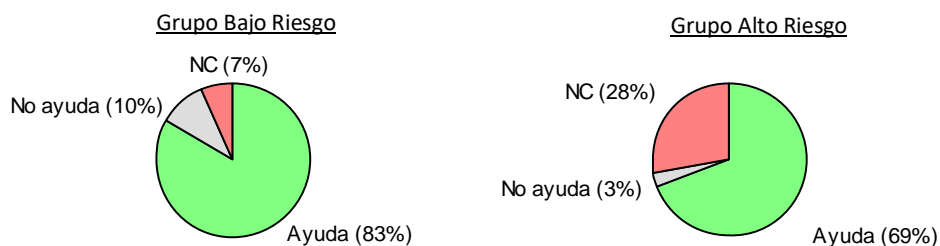


Figura 29: La fumigación y su capacidad de controlar al vector (n: 200)

En cuanto al conocimiento de habilidades para fumigar, el grupo de alto riesgo mayoritariamente considera que se encuentra capacitado para aprender a fumigar (79%). Habiendo una diferencia significativa ($p=0,0001$) con el grupo de bajo riesgo en el cual sólo un 30% se considera capacitado.

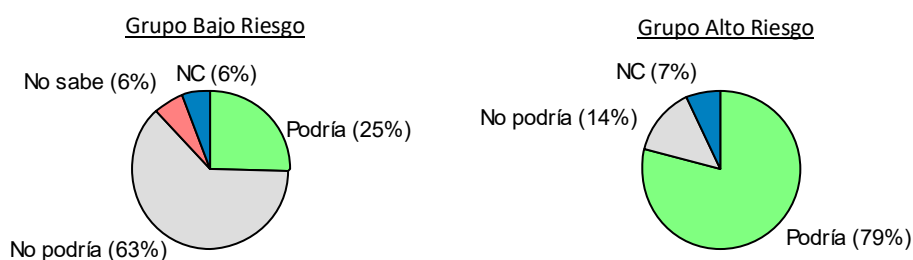


Figura 30: Distribución sobre la capacidad de aprender a fumigar entre el grupo de bajo riesgo con el de alto riesgo ($p=0,0001$) (n: 200)

La mayoría de los encuestados de alto riesgo consideró necesario una ayuda material con insumos por parte del Estado para realizar el control del vector (67%). Este grupo mencionó la asistencia con personal en un 18%. En tanto el de bajo riesgo consideró necesario la capacitación (76%) y el aporte con insumos (57%).

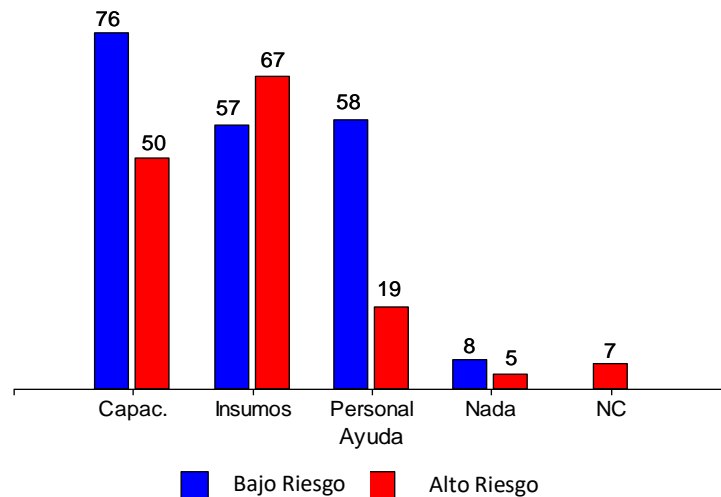


Figura 31: Aspectos que los dos grupos consideraron necesarios en la ayuda para poder fumigar (n: 200)

c). Conocimientos sobre el Chagas

En la figura que se presenta a continuación, se observa que los pobladores de bajo riesgo refieren obtener información sobre el Chagas a través de la escuela en un 74%. En cambio, los pobladores de alto riesgo lo hacen a través de los agentes (Chincheros, agentes de atención primaria de la salud) en un 69%, disminuyendo los conocimientos brindados por la escuela (42%) y el hospital (16%)

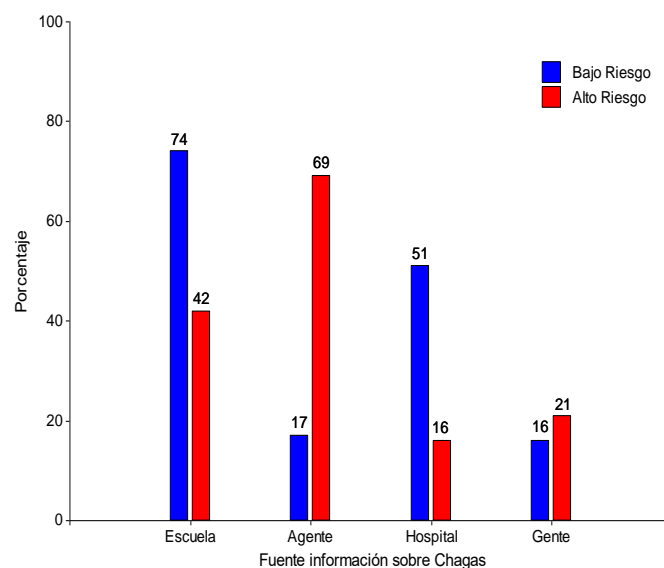


Figura 252: Distribución entre grupos sobre la institución que le informó sobre Chagas (n: 200)

La figura 33 muestra que existe una alta información en los dos grupos sobre el Chagas y cuáles son los principales órganos que afecta. Sin embargo, los pobladores de alto riesgo reconocen saber que se transmite el Chagas por transfusiones sólo en un 46% en relación a los de bajo riesgo que lo hacen en un 95%.

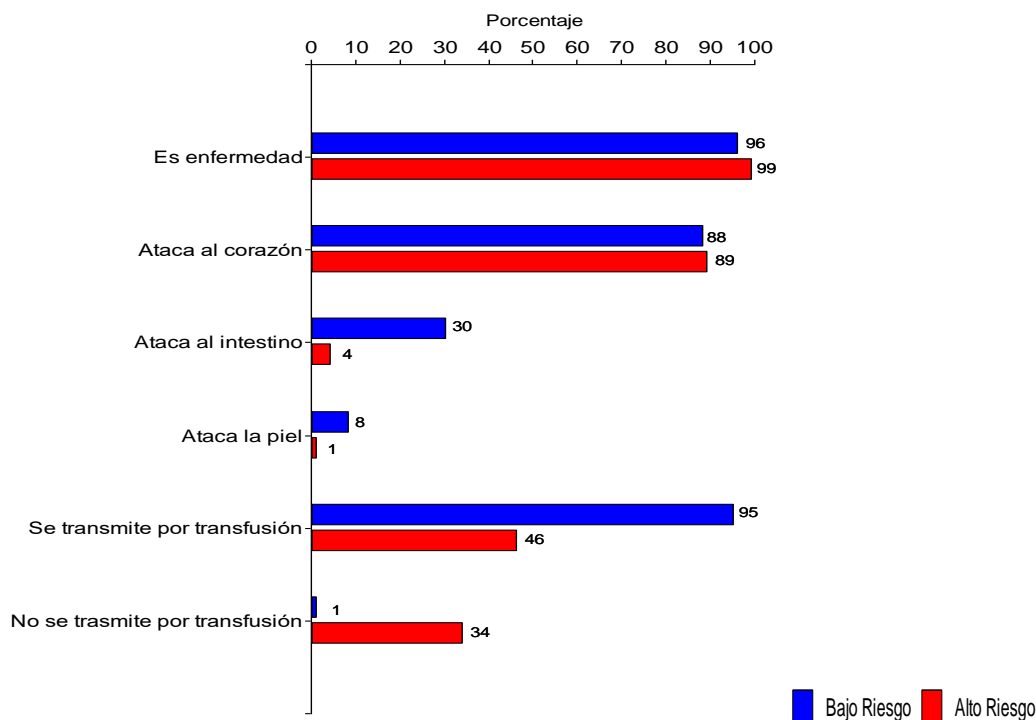


Figura 33: Reconocimiento del Chagas como enfermedad, órganos más comunes afectados y forma de trasmisión (n: 200)

Entre los dos grupos, el de bajo riesgo se preocupó por saber si tiene Chagas en un 29%, en tanto el de alto riesgo lo hizo en un 67%. En la figura se observa que dentro de los pobladores de alto riesgo, el 42% tiene antecedentes de familiares con Chagas. Reconociendo al Chagas como endémico en la zona. El 68% se hizo análisis para saber si eran portadores de Chagas, de ese porcentaje un 86% obtuvo los resultados y dando como resultado que el 46% tiene Chagas. De ese grupo un 39 % hizo el tratamiento y lo terminó en su mayoría, recibiendo la medicación en forma gratuita por parte del Estado.

Tabla 226: Detección de Chagas a través de análisis por parte de los dos grupos (n: 200)

Sobre la condición ante la enfermedad	Grupo de Bajo Riesgo	Grupo de Alto Riesgo	
Se preocupó por saber	29%	67%	
Se hizo análisis	16%	68%	86% tuvo los resultados
Sabe si tiene Chagas	25%	46%	96% se preocupó por saber 39% hizo tratamiento 100% recibió medicación del hospital 83% terminó el tratamiento
No sabe si tiene Chagas	68%	43%	
Antecedentes familiares		42%	

Análisis de las entrevistas en profundidad

a). Naturalización del problema

Pobladores de alto riesgo

- *“La chinche siempre va a estar... y si me pican no me preocupó. La vinchuca se ha cansado de picarme, le corto la cabeza y la tiro a la brasa...dicen que hace mal al corazón, pero yo no sé”* (Ricardo, Cantamampa, 2015).
- *“Mi hija fue picada hace siete meses. Se le hinchó y se le puso morado el ojo. Tenía fiebre... Por mi tío la llevé al hospital donde la vio la Dra. del Chagas. Le sacó sangre y le dio tratamiento. Le indicó que volviera, pero como tengo siete chicos no fui más a control...Tampoco mi hija terminó el tratamiento”* (Cristina, Cantamampa, 2015).
- *“No le tengo miedo a las vinchucas, más a los alacranes, arañas y mosquitos”* (Malena, alumna del colegio de El 49, 2016).
- *“No hay muchas vinchucas, salvo las que vienen del monte, pero esas no son peligrosas, las que están en las casas sí...así me enseñaron”* (Rosa, de El 49, 2016)
- *“La vinchuca es un bicho más, yo leo los carteles y pensaba en hacerme el análisis pero no tengo tiempo, tengo que cuidar a mi hijo y a mi hermano que es discapacitado”* (Lidia, Loma Blanca, 2016).

Agentes del Estado

- *“Preparamos unas planillas con base de datos, anotamos como observación: las casas que están cerradas y aquellas en que la gente no quiere que se rocíe adentro. Se toman muestras de vinchucas. Las casas positivas las volvemos a*

rociar, pero no se toman muestra de sangre a la gente... Me dijo el Dr. Paz que se ha vuelto a infectar el departamento” (Juan, el chincherero, 2016).

- *“Vinchucas hay...y además están infectadas en el Km 96, Mistol, Quebrachal, Pozo del Garabato. Me dijeron las autoridades que de nuevo apareció la infestación, aunque yo pienso que nunca desapareció. La vinchuca está en el monte, las gallinas, los perros y otros animales domésticos las traen dentro de la casa: ella anida y ya no sale más. También se instala en los corrales de rama y palo de pique, debajo del guano aprovechando el calor, desova y se alimenta de la sangre”* (Juan, el chincherero, 2015).
- *“Nosotros usamos máquinas para fumigar de ocho litros y su preparación está hecha a base de piretrinas...De diez vinchucas mueren tres...Antes usábamos pastillas con humo de gamexane, era más efectiva pero más tóxica... La fumigación puede fallar por varias razones: estar mal trabajado el lugar, mal preparado el líquido, por falla del insecticida o ser mezclado con aguas saladas, cosa muy común en el interior de la provincia”* (Juan, el chincherero, 2015).

En las expresiones los pobladores se verifican una naturalización de la existencia de la vinchuca en sus vidas. Son parte del entorno en los lugares habituales. Aparece preocupación por otros animales venenosos. Son motivos de broma en el colegio, incluso durante una de mis visitas los estudiantes fueron al monte a traer un insecto. En tanto los agentes públicos rutinizan las acciones de fumigación y reconocen que muchas veces, otros factores como la calidad de agua en el interior provincial, el clima, la falla del insecticida puede ser inconvenientes. Esos problemas también están naturalizados. Además, dudaron de la eliminación del insecto durante las fumigaciones, incluso pusieron en duda la falta de vectores infectados.

b). Violencia estructural en el Chagas

Pobladores de alto riesgo

- *“No me puede decir eso... que no están los análisis. Es la tercera vez que vengo... No tengo tiempo para esperar, pierdo mi día laboral”* (Paciente, en el centro de Chagas de Santiago del Estero, 2016).
- *“El cardiólogo me trató mal, me dio pocas explicaciones y hasta me retó por mis observaciones, preguntas y miedos”* (Pascual, Loma Blanca, 2016).
- *“Vinchucas había... Antes esto era todo monte, ahora han comprado y han sembrado, pasan las avionetas... fumigan y ni animalitos se puede tener... ya esto*

es sólo para estar... Le cuento, un vecino se fue a visitar al hermano, cuando volvió le habían volteado el rancho, tuvo que juntar sus ropas e irse con el pariente” (Pastor, Loma Blanca, 2016).

Agentes del Estado provincial

- *“Lo siento, no vinieron los bioquímicos... yo no se lo puedo resolver” (Secretaria del Centro de Chagas, 2016).*
- *“Aquí prometió [Lelo Vitar, candidato a intendente] que iba a erradicar los ranchos e instalar cinco baños... Sólo han hecho uno. En otro tiempo vino Juan[el chincherero] también de Santiago, para ver los ranchos, pero todavía no cambió nada” (Dora, agente sanitaria de El 49, 2015).*
- *“Nosotros no somos el pilar de la salud, como dicen, parecemos sólo papeles... Aquí hay mucha política metida en el medio, doctor...” (Rosa, jefa de APS del hospital Cleofás Mazza, 2015).*
- *“Y vos viste como está el hospital últimamente...ella [hablando sobre la directora del hospital] se preocupa más por su casa y que nadie la moleste. Hace dos meses que no se piden los reactivos para Chagas a Santiago... ni a las embarazadas se están haciendo los exámenes (Cardióloga y referente de Chagas, 2016).*

En las expresiones anteriores se observaron durante las entrevistas muchas situaciones donde el sistema de salud impide o dificulta el acceso a información, tratamiento y prevención. En tanto los agentes del gobierno mantienen esas situaciones, en general, atribuyendo a fallas del sistema de salud. En otros momentos, no se tiene en cuenta la importancia de la vivienda para los pobladores.

c). Estigmatización del paciente chagásico

Pobladores de alto riesgo

- *“Mire, yo no soy de aquí [Cantamampa], soy de La majadilla y allí reciben subsidios y pensiones por Chagas hasta chicas de quince años...todos se aprovechan, y los políticos dan planes a todos” (Argentino, tío de Cristina, Cantamampa, 2015).*

Agentes del Estado provincial

- ▶ *“Son pobres estructurales y convengamos que es la causa... En el laboratorio privado hay pacientes que te piden ser positivos para obtener pensión”* (Jorge, bioquímico del Hospital, 2015).
- ▶ *“La gente dice que hay menos vinchuca, pero como dice Ud., hay menos monte, hay mucho trigo, soja y maíz, Lo que me llama la atención es que en un barrio pobre de Sumampa con callecitas mal trazadas, con casitas bajas, poco revoque, y techos de chapa o caña... Es un barrio complicado con gente que se droga, borrachos, no trabajan, viven de los planes... allí hay vinchuca”* (Directora del Hospital de Sumampa, 2015).
- ▶ *“Hay mucho plan por discapacidad, mucha pensión por Chagas... Ud. ha visto la cola que hay en el banco, dan vuelta a la esquina. Y los punteros políticos que ofrecen todo”* (Juan, el chincherero, 2015).
- ▶ *“Hay muchas, muchas pensiones... ciento diecinueve corroboró en la planilla... muchos sin ninguna discapacidad. Los Capellini pensionaron a todo el mundo. Pucho Navarro, el puntero, pensionó a toda su familia y planes para los chicos. Uno de sus hijos está pensionado por Chagas y displasia de cadera.* (Dora, agente sanitaria de El 49, 2016).

Los pobladores critican a otros pares por haber obtenido un beneficio, atribuyéndoles una idea de oportunistas por ser pacientes chagásicos. Así también lo expresaron los agentes del gobierno, incorporando a las prácticas políticas como un factor para administrar el poder.

d). Resignificación de la persona ante la enfermedad en el paciente crónico

Pobladores de Alto Riesgo

- ▶ *“No podía ponerme el marcapasos en Córdoba porque era santiagueño. El gobierno no me dejaba, así que tuve que cambiar de domicilio”* (Pascual, Loma Blanca, 2016)
- ▶ *“Me aconsejaron una serie de medicamentos que tomo diariamente y tengo un gasto mensual de 3900 pesos. Mi pensión de 4500 pesos que la uso para esos gastos y sigo a la consulta con el cardiólogo. El médico me da muestras gratis para bajar el gasto de los remedios. Si no hiciera eso, no podría seguir tomando medicamentos”* (Pascual, Loma Blanca 2016)

- *“Hace veinte años me pusieron un marcapasos, creo que fue por el Chagas...casi me muero...Llegué al hospital casi perdido y escuché: bien haiga el aguante del cristiano, una hora más y tenía las ruedas para arriba...desde ese tiempo me controlo con la cardióloga en el hospital y tomo los remedios para la presión y la sangre”* (Ricardo, Cantamampa, 2015)

Agentes del Estado provincial

- *“Lo vivo como un Karma social, no se sabe quién va andar bien y quien mal, el 70% no padece ninguna complicación. Es un tema social, tiene dos caras, algunos te piden ser negativos por un problema laboral, no quieren ser discriminados (a pesar de no ser causa de exclusión, los empleadores siguen utilizando al Chagas como causa para no incorporación laboral) Otros quieren ser positivos para pedir discapacidad. Insisten para un lado u otro. Hoy la mayoría pide discapacidad.* (Cardiólogo del Centro de Chagas de Santiago del Estero, 2015)
- *El Chagas es muy complejo y las probabilidades de éxito muy distintas según sea agudo, embarazadas, niños de 0 a 18 años o crónicos. Estos últimos no tienen solución. Dependen de su suerte.* (Jefa de Centro de Chagas, 2016)
- *“La discapacidad por Chagas se la dan cuando tienen cardiopatía, No se les da a los infectados...Eso es más utilizado por los políticos”* (Cardióloga del hospital y referente del Chagas en ojo de Agua, 2015)

En los discursos que se registró a los pacientes crónicos, se vio cómo el individuo resignificaba su condición de paciente Chagásico como un sujeto con derecho y realizaba acciones para recuperar su salud a pesar del sistema de salud. En tanto los agentes del gobierno, se debatían entre atender a los pacientes crónicos y en otros momentos reforzar la idea del oportunismo.

e). El Chagas como factor para obtener beneficios

Pobladores de Alto Riesgo

- *“Otra vez le sacó fotos al rancho grande de mi suegra que está al fondo, y le prometió una casa hecha por el gobierno...Yo le pedí que me sacara una foto a mi rancho y me dijo que no. Yo pedí una casita pues vivimos los nueve aquí”* (Cristina, Cantamampa, 2015).
- *“Ves, aquí vive ella, mi hija [señaló a la chica que lo acompañaba, pero ella no asintió]...necesito la “chapita” para que le den una casa”* [El chincherero le

explica que ese rancho se nota deshabitado. Ya le habían construido una casa y quería que el gobierno le hiciera otra] (Juan, Cantamampa, 2016).

Agentes del Estado provincial

- “Uy, la viejita esta me va volver a decir lo mismo que la otra vez... ya me voy a morir y no me va a hacer dar la casa... Como si yo pudiera solucionar todo” (Juan, el chincherero, 2016).
- “Gracias a las políticas implementadas por el gobierno provincial contra el Chagas, para mejorar la vida de la gente, los pobladores pueden tener sus módulos habitacionales, agua potable y luz eléctrica”. (Comunicación personal, discurso de un funcionario provincial en el acto del pueblo)

Durante los recorridos de campo se observó cómo la gente desea mejorar su calidad de vida dentro de la pobreza rural. Los agentes del gobierno ayudan a conocidos o impiden los abusos que puedan existir, todo esto dentro de alguna discrecionalidad.

Pobladores de alto riesgo	Agentes del Estado
<p>Vivir en el lugar Chinche/Bicho Chagas</p> <p>Chincheros Pensión Sí hay chinches</p> <p>Rancho “Chapita” No me preocupó</p> <p>No saben resultados Corazón Políticos</p> <p>Infectadas Trabajo Fotos</p> <p>No hay vinchucas Mejorar casa No hizo control</p> <p>No terminó tratamiento</p>	<p>Chinche/Bicho Chagas Sí hay chinches Infectadas La gente pide y pide Pensión Políticos</p> <p>Corazón Chincheros Rancho Chapita</p> <p>Vivir en el lugar No saben resultados</p> <p>Fallas en fumigación Fotos Mejorar la casa</p> <p>Trabajo No hizo control</p>

Figura 34: Riqueza léxica. Expresiones más comunes informadas por los pobladores de alto riesgo y los agentes provinciales. (n: 20)

CAPÍTULO 4 DISCUSIÓN

En esta investigación se observó que el grupo de alto riesgo de infestación se concentró en personas mayores a 45 años (Fig. 6), de género femenino (Fig. 7). Dentro de este grupo, un 11% representó a estudiantes primarios, un 12% a jubilados y un 6% a pensionados. Del grupo de ocupados (71%), las mujeres declararon ser amas de casa y los hombres desempeñarse como jornaleros. Este trabajo concordó al respecto, con diversas investigaciones como la de Lambin et al. (36) y la de González Martínez (9), quienes indican la importancia de conocer e incluir como variable bajo estudio el ámbito ocupacional donde se desenvuelven hombres y mujeres, en tanto posible factor de riesgo para adquirir la infección, lo cual a su vez tiene el potencial de identificar los sitios donde se está desarrollando la mayor exposición al vector. En concordancia con este estudio, la investigación de González Martínez (9) encontró al respecto que los hombres en relación a las actividades y el lugar donde se desenvuelven cotidianamente –por lo general actividades de campo, expuestos al monte- se encuentran en mayor riesgo de infestación de Chagas. En este estudio, en la comunidad de El 49 del departamento de Ojo de Agua, la mayoría de los hombres trabajaban en la recolección de leña, y referían encontrar vinchucas en los troncos que luego al traerlos hacia las viviendas anidaban en los peri domicilios⁴ y casas.

En relación al tipo de vivienda, este trabajo registró en el grupo de alto riesgo, que un 60% tenía vivienda de material, mientras que el 40% restante reportó vivir en ranchos o viviendas mixtas. Estos resultados están en coincidencia con otros hallazgos bibliográficos como los de Briceño-León (15); González Martínez (9); Macchiaverna, et. al., (37), quienes destacan que los escenarios rurales han mostrado tener condiciones que facilitan la propagación del Chagas por el tipo de vivienda, las características del peridomicilio, la convivencia con animales domésticos y selváticos. En tanto Pérez, Hernández Meléndrez y Rodríguez Cabrera (38) expresan que la habitación donde pueden estar los enfermos desempeña un papel decisivo en la transmisión, ya que la vivienda campesina, precaria, hecha de materiales diversos, como el adobe, con techo de materia

⁴ Peri domicilio: Área alrededor de una vivienda ya existente donde se ubican gallineros, corrales, gallineros, depósitos para utensilios y acopio de leña. En epidemiología y salud pública se considera como refugio para los vectores.

vegetal y con piso de tierra, se convierte rápidamente en un criadero de chinches, que ya no necesitan salir para buscar su alimento

Respecto de los animales que entran en el domicilio (perro-gallina-cabra), se observó que un 65% de los encuestados pertenecientes al grupo de alto riesgo de infestación manifestó permitir la entrada de animales a la vivienda, indicando el ingreso de gallinas más que de cabras (61%, contra 37%, Fig. 12). En relación con esto último, se concuerda con Macchiaverna et al. (37) quienes encontraron que la mayor parte de los triatominos analizados fueron capturados en ecotopos peridomiciliarios, especialmente en aquellos asociados a gallina (75,6%). Del mismo modo, los resultados de la investigación de Ponce Bonilla (39) y Briceño-León (15) reflejaron el predominio de los factores de riesgo relacionados con la construcción precaria de las viviendas y las costumbres de la población que mantienen utensilios o trastos viejos debajo de las camas; nidos de gallina, junto con perros y gatos en el interior de la vivienda, siendo todos estos reservorios del T. Cruzi.

Al indagar respecto a los lugares habituales donde se encontraron vinchucas, esta investigación arrojó que el grupo de alto riesgo encontró vinchucas en su vivienda y los alrededores (monte / peri-domicilio) en un 82%. Esos encuestados informaron que veían insectos dentro de su vivienda en un 54% de los casos. Respecto de la cantidad de vinchucas informadas dentro de los domicilios en la temporada de calor, un 34 % encontró entre una y cinco vinchucas; un 14%, más de tres; y un 4%, doce o más (Fig. 19). En ese sentido, este trabajo acuerda con los antecedentes de Macchiaverna (37) y Ponce Bonilla (39) citados anteriormente, quienes indican la relevancia del ingreso de animales a la vivienda como posibles factores de infestación de la enfermedad. En tanto, autores como Llovet y Dinardi (40) informan que, en zonas de alta infestación en el gran Chaco naturalizan la presencia del vector dentro y alrededor de la vivienda.

Del mismo modo, algunas investigaciones comunicaron también que la pobreza, la actividad económica, la atención de salud deficiente y las prácticas culturales que acompañan generación tras generación a poblaciones de alto riesgo de infestación han contribuido a las condiciones que facilitan la propagación del Chagas (15) (9) (41). En este trabajo se registró que los encuestados correspondientes al grupo de bajo riesgo –que viven en su mayoría en zonas urbanas- poseían en un 100% sus necesidades energéticas y de agua satisfechas, a diferencia de los de alto riesgo –habitantes de zonas rurales- quienes expresaron tener dificultades para obtener agua potable (97%), luz eléctrica convencional (49%), y en relación al combustible, la mayor parte de los encuestados

pertenecientes al grupo de alto riesgo indicaron obtenerlo a través de garrafas y leña (Fig. 13). Este estudio, al igual que autores y trabajos de gran relevancia en relación al Chagas, como los de Briceño-León (15), Mitelman y col. (42) y Pérez, Hernández, Meléndrez y Rodríguez Cabrera (38) dan cuenta que esta enfermedad afecta en particular a individuos que habitan en zonas rurales y suburbanas y está ligada a la pobreza, destacando en ese sentido que constituye una enfermedad social.

Respecto al eje de investigación que indagó acerca del conocimiento por parte de los encuestados sobre la vinchuca -dimensión que permitió analizar el conocimiento, percepción, representación, peligrosidad, cantidades encontradas en la vivienda, fumigación, conocimiento sobre la misma y necesidad de ayuda- casi la totalidad (97%), puede reconocerla. Del mismo modo, al indagar sobre el conocimiento acerca de los hábitos alimenticios de la vinchuca, ambos grupos informaron conocer que se alimenta de sangre. El grupo de alto riesgo lo reconocía en un 96%, en tanto el de bajo riesgo en un 91% (Fig. 22).

En general se puede advertir que los encuestados en casi su totalidad manifestaron reconocer a la vinchuca y sus hábitos. En relación con esto, cabe destacar que, respecto al nivel de escolaridad, se observó que el grupo de bajo riesgo manifestó tener estudios secundarios, terciarios o superiores, mientras que del grupo de alto riesgo, el 83% solo completó estudios primarios (Fig. 8). En ese sentido, y en contraposición a los antecedentes de Castañeda-Porras y Zuleta-Dueñas (43); Garrido-Pérez, Gómez-Martínez y Zacca-Peña (44); Hurtado et al. (45); Cabrera Rufino et al. (46) -quienes revelaron que el deficiente conocimiento sobre la enfermedad de Chagas y su vector por parte de los habitantes de zonas endémicas es un factor de riesgo para contraer dicha enfermedad- en el presente estudio se evidenció por un lado, que los pobladores de las zonas endémicas encuestados no presentaron menores conocimientos respecto de la enfermedad, advirtiendo que ni el nivel de escolaridad indicaría un mayor o menor conocimiento sobre la enfermedad, ni tampoco que los pobladores tuvieran menos conocimientos al respecto en comparación con grupos de bajo riesgo de infestación por no vivir en la zona.

De este modo, se advirtió incluso que el grupo de alto riesgo de infestación –con menor nivel de escolaridad- manifestó tener mayores conocimientos que el grupo de bajo riesgo de infestación en los casos en que se les indagó respecto a su valoración sobre las

vinchucas por “bravas o buenas”⁵; se observó que en el grupo de bajo riesgo, reconocían las bravas en un 30%, en tanto aumentaba esta valoración a un 48,5% en los de alto riesgo, resultando esta diferencia como significativa estadísticamente ($p= 0,00636$).

Del mismo modo, al explorar acerca de los conocimientos sobre fumigadores y fumigación, un alto porcentaje de los encuestados del grupo de alto riesgo expresaron conocer y aceptar el ingreso a sus domicilios de los fumigadores (92%), reconociendo asimismo la periodicidad de las visitas como un trabajo de control realizado desde el Estado, y destacando como necesaria la fumigación para combatir a la vinchuca en un 93% de los casos, mientras que el grupo de bajo riesgo lo consideró necesario sólo en un 41% (Fig. 25). Así lo reconoce en su trabajo Zabala (47) cuando exige una lucha constante y sostenida sobre la enfermedad en los lugares de mayor incidencia de la endemia para evitar reinfestaciones. Este trabajo coincide con dicha propuesta, reforzando la idea de comprometer en la fumigación a los pobladores para generar mayor adherencia al cuidado de sus viviendas y lugares. Actualmente esta tarea la realizan los agentes del estado provincial, como se expresó en el análisis cualitativo, la fumigación debería realizarse cada seis meses o un año dependiendo del grado de infestación de la zona. Sin embargo, por factores ajenos a los objetivos de la salud pública (clima y las lluvias que abundan durante el período de desarrollo de la vinchuca, los malos caminos, la lejanía de la mayoría de los parajes infestados, la mala calidad de agua en el interior provincial y la falla en los insecticidas) podrían los pobladores, con preocupación y planificación, resolver mejor esa práctica.

Cabe destacar que al indagar específicamente sobre el conocimiento sobre el Chagas, se observó que los encuestados correspondientes al grupo de bajo riesgo expresaron en un 74% informarse sobre el Chagas a través de la escuela, mientras que del grupo de alto riesgo, los encuestados expresaron hacerlo a través de los agentes (chincheros, agentes de atención primaria de la salud) en un 69%, disminuyendo la información dada por la escuela (42%) y el hospital (16%) (Fig. 32), lo que permitiría pensar que a pesar de evidenciar menores niveles de escolaridad, los encuestados del grupo de alto riesgo de infestación poseen conocimientos sobre la enfermedad.

Esto se ve reforzado con los resultados que indicaron que la mayoría de los encuestados (63%) manifestó recibir información oficial sobre salud, sin observar diferencias significativas al respecto entre el grupo de bajo riesgo y el alto riesgo. El

⁵Vinchucas “Bravas o Buenas”: término coloquial utilizado por los pobladores para reflejar la peligrosidad del insecto o vector.

porcentaje de informados sobre Chagas por medios oficiales fue estadísticamente similar entre los encuestados. Probablemente, el cambio de política pública emprendida por el gobierno provincial a partir del año 2005, con un mayor esfuerzo operacional y en materiales haya influido en el mayor conocimiento de la vinchuca por parte de los pobladores de las comunidades encuestadas.

Al explorar acerca de los conocimientos por parte de los encuestados sobre si el Chagas es una enfermedad, los órganos que afecta y si se trasmite por transfusiones, en general se observó una alta información en los dos grupos, mientras que respecto al conocimiento sobre si son portadores de Chagas, el de bajo riesgo se preocupó por saber si tiene Chagas en un 29%, en tanto que el de alto riesgo lo hizo en un 67%. Estos resultados estarían indicando, como se señaló anteriormente, que estos pobladores de zonas endémicas no presentan deficiencia respecto del conocimiento de la enfermedad, en contraste con algunos de los antecedentes revisados por esta investigación como fueron los de Castañeda-Porras y Zuleta-Dueñas (43); Garrido-Pérez, Gómez-Martínez y Zaccapena (44); Hurtado et al. 2014 (45); Cabrera Rufino et al., 2003 (46).

Sin embargo, es necesario acentuar que, si bien el grupo de alto riesgo manifestó conocer a la vinchuca, sus hábitos y las enfermedades que produce, al ser interrogados sobre la actitud que tomarían al ser picados por una vinchuca, sólo un 44% declaró concurrir al hospital mientras que, del grupo de bajo riesgo, un 86% manifestó hacerlo (Fig. 24). Estos datos coinciden con un artículo original de investigación realizado por Genero, y otros (48), donde reconocen los conocimientos de la población sobre el Chagas y la vinchuca, sin embargo, sólo un 18% atraparía o llevaría al vector al hospital para su examen.

Esto último llama a cuestionarse sobre: ¿qué otras cuestiones podrían estar operando en los habitantes de zonas endémicas quienes, a pesar de tener conocimientos sobre la enfermedad como se evidencia en este estudio, no actuarían en consecuencia?, es decir, ¿qué factores sociales podrían ser explicativos de las actitudes asumidas frente a la picadura de la vinchuca?

Desde la medicina antropológica, se trata de ampliar la mirada que la biomedicina le otorga al Chagas como enfermedad, para entenderla como un hecho o proceso social (49). Este trabajo realizó un estudio etnográfico y de entrevistas en profundidad, con el objeto de reconocer usos, sentidos y representaciones que sobre el Chagas circulan entre los agentes sociales de una zona endémica en vinchuca y enfermedad de Chagas de la provincia de Santiago del Estero.

En ese sentido, este trabajo coincide con Bordes (2010) cuando menciona que:

“No puede comprenderse (la enfermedad) sin considerar el contexto histórico, cultural y social en el que estas creencias adquieren sentido, se tornan operativas y vehiculizan una serie de acciones y discursos que impactan de manera significativa en los esquemas de percepción, de interpretación, así como en las estrategias de cuidado de la salud de los grupos socio-culturales involucrados” (50 pág. 68) .

Se entiende que durante el siglo diecinueve y sobre todo en el siglo veinte se trabajó separadamente desde las ciencias sociales y la medicina con la idea de delimitar e identificar enfoques de tipo disciplinar, fragmentando y distanciando a la salud, la política, la economía y la cultura. Debido a esta manera de mirar las ciencias, la biomedicina con sus métodos de fragmentación, observación y tratamiento clásicos, no ha logrado modificar la historia natural de algunas enfermedades, como es el caso del Chagas, y así lo interpretó el presente estudio.

Durante su historia, la enfermedad de Chagas fue visibilizada o invisibilizada dependiendo de factores sociales, políticos y culturales. Según Zabala (31) (47), hubo varios momentos en la patología: primero el descubrimiento de la enfermedad por el Dr. Carlos Chagas; más tarde una negación por parte de la comunidad médica argentina de principios de siglo veinte.

Ahora bien: ¿por qué esa nueva patología no fue reconocida por la elite médica porteña? Se interpreta por este trabajo, después de la lectura de documentos históricos, que algunas situaciones y contextos de esa sociedad preferentemente urbana, deben haber influido y ayudado para restar preocupación por la enfermedad de Chagas en los agentes de salud y médicos en particular. Carbonetti (32) en su libro “La ciudad de la peste blanca, historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina, 1895-1947”, menciona que durante los primeros años del siglo veinte el país recibía una gran afluencia inmigrante que mayoritariamente se ubicó en la periferia de las ciudades. Este aumento de la población ciudadana generó cambios en las condiciones de vida: desde lo ambiental, la alimentación y el trabajo. Esas modificaciones estructurales influyeron en la salud, enfermedad y muerte de la población. Este autor reconoce que durante los períodos entre 1869/1895, la esperanza de vida al nacer era de 32 años y de 40 años entre 1895/1940. En el país se registró, durante los años 1911 y 1919, una alta tasa de mortalidad general por enfermedades infecciosas epidémicas y endémicas como: cólera, fiebre amarilla, gripe española y tuberculosis. Para la salud pública en los primeros años del siglo veinte estas enfermedades infectocontagiosas ocupaban la centralidad

sanitaria debido a su importante morbimortalidad entre niños y agentes sociales económicamente activos (32). El Chagas, en cambio, era una dudosa enfermedad rural, con una forma insidiosa de manifestarse. Se conoce hoy, como lo informa Chuit (28), que el 5% es agudo, es decir: cada cinco casos agudos hay noventa y cinco personas Chagásicas que están ocultos. En este estudio se interpreta, que desde la lógica biomédica de aquel tiempo, era muy difícil darle prioridad a esta nueva e insidiosa enfermedad en la medicina de aquel momento.

Más tarde, a mediados de la década del veinte, el Chagas fue reconocida como patología, gracias a los trabajos de campo del Dr. Salvador Mazza, quien recorrió ciudades y pueblos de nuestro país estudiando al vector y la enfermedad; haciendo docencia, capacitando médicos y agentes de salud. Aquí también se observa que, desde esa forma de hacer medicina de campo, la patología comienza a tener otra trayectoria. Sin embargo, debe llegar la mitad de siglo, durante el período del ministerio del Dr. Ramón Carrillo, santiagueño, nacido en Añatuya (zona endémica para Chagas), para que la enfermedad alcance su reconocimiento social. Durante ese período, el Estado participó activamente en las acciones para contener y disminuir a la endemia (47).

En la década del setenta termina de institucionalizarse a la patología y sobre todo sus consecuencias cardíacas. Sin embargo, durante ese tiempo y hasta la fecha, los esfuerzos en la obtención de medicamentos efectivos quedan sólo para los casos agudos y los crónicos iniciales. Así lo expresan algunos estudios revisados por esta investigación como fueron los de Fuentes, et.al (51) y el de Gallerano y Sosa (52) donde muestran que el 70% de los pacientes chagásicos cursan con un período crónico indeterminado, sin síntomas y los exámenes rutinarios (análisis de laboratorio, Rx. de tórax electrocardiograma, etc.) son normales. Un 30 % presentará alteraciones cardíacas, digestivas o ambas. En la actualidad no se conoce un indicador por el cual los pacientes pasarán de la forma indeterminada a la determinada, sólo se tratan las arritmias con medicaciones habituales o colocación de marcapasos.

Siguiendo con el análisis histórico, y particularmente desde la biomedicina, según los informes del Instituto Nacional de Parasitología “Fátala Chaben” (1), durante las décadas del ochenta y noventa se produjo un interés marcado por la investigación científica básica, con el estudio del genoma del *Tripanosoma Cruzi*. Este trabajo evaluó que durante ese período, existieron situaciones políticas en el país, ajenas a la biomedicina y al cuidado de la endemia, que influyeron sobre los infestados, por ejemplo: la derogación del servicio militar obligatorio debido al “caso judicial por la muerte del

soldado Omar Carrasco”. Esto no debería influir en el Chagas. Sin embargo, se generó una pérdida de información epidemiológica, pues mucha de la población de riesgo se encontraba entre los conscriptos rurales a quienes se les realizaba el control de Chagas. También en esa época, al derogar la primera ley antichagas, considerada discriminatoria en lo laboral, influyó negativamente en el control epidemiológico más acabado de la patología. Muchos probables portadores endémicos dejaron de ser controlados.

Zabala (47) en tanto, menciona que durante la década de los años ochenta del siglo veinte, aquellas especialidades que habían tenido gran interés por la patología como fue la cardiología; pierden ese estímulo inicial y se suma al desinterés por parte del Estado que por la crisis política y económica del 2000, se repliega en sus obligaciones de salud pública. Esto provocó como resultado una desarticulación entre las políticas sanitarias y los conocimientos científicos básicos sobre la enfermedad. Este complejo escenario político se mantuvo con variantes hasta nuestros días, disminuyendo el interés por la patología. Durante esta investigación, en la entrevista en profundidad realizada a la encargada de Chagas en Santiago del Estero, la doctora manifestó preocupación por el diseño de políticas públicas y la pérdida de conocimiento del Chagas por parte del sector salud. Expresó en aquella oportunidad:

“Antes se pensaba en Chagas, en los años ochenta cuando entraba un chico con fiebre prolongada se le hacían análisis, ahora los ven con el ojo hinchado y lo mandan al oculista que les da gotas, No se piensa en Chagas. Se ponen a discutir sobre el último artículo de los Journals. Los infectólogos lo piensan por su paso en la facultad. Por cada sintomático nueve o diez son asintomáticos o sólo con un síndrome febril prolongado” (Comunicación personal, Centro de Chagas de Santiago del Estero, 2015).

Igualmente, al revisar los informes técnicos que el gobierno provincial de Santiago del Estero entregó en el año 2013, se registró que, en el caso de la provincia, hubo en la historia de la patología de los últimos años dos períodos bien definidos, donde el año 2005 actúa como quiebre de políticas públicas. Antes de ese período, la provincia estaba considerada de alto riesgo para la infestación, con gran cantidad de casos agudos. Así lo informan los trabajos de Lugones y Ledesma Patiño (23). Desde ese año, el gobierno provincial hizo un importante esfuerzo económico y de recursos para combatir la patología, tomándolo como un problema prioritario de salud pública. Se invirtió en construcción de edificios específicos, se compraron vehículos y equipamientos, se aumentó la dotación de personal para fumigación y control, logrando así disminuir la cantidad de casos nuevos denunciados, de 95 en el año 1995 a 2 en el 2013, y dejando a

los departamentos de Ojo de Agua y Quebrachos como “libres de vectores infectados para *Tripanosoma Cruzi*”.

Estos datos fueron reforzados por la directora del Centro de parasitosis y Chagas de la ciudad de Santiago del Estero, quien mencionó que:

“El Chagas es muy complejo y las probabilidades de éxito muy distintas según sea agudo, embarazadas, niños de 0 a 18 años o crónicos. Estos últimos no tienen solución. Dependen de su suerte. El Chagas congénito se trata desde el día cero, se manda a moler las pastillas a razón de 5 a 7 mg. por kg. de peso. Este año tuvimos dos, en el año 1995 había noventa y cinco casos anuales. Todo eso se debe a la campaña emprendida por el gobierno. Esto fue porque el gobernador Zamora se lo puso sobre su escritorio como prioridad. ¡El Chagas estuvo en agenda, ahora con el cambio de gobierno no sé qué va a pasar!” (Comunicación personal, Centro de Chagas de Santiago del estero, 2015).

Goldberg (3), Sanmartino (24) y Zabala (47) (31) (53) sostienen en concordancia con este trabajo, que la enfermedad de Chagas no sólo representa a la mayor endemia latinoamericana como lo enuncia la medicina y la OPS, sino que el inconveniente es más amplio, es un problema complejo y profundamente social. Estos autores analizaron al Chagas desde una perspectiva socio-antropológica, dándole al problema una mirada superadora en relación a la biomedicina, potenciando los diálogos interdisciplinarios entre la medicina y las ciencias sociales para lograr abordajes comunes.

Autores como Amieva (2) y Sanmartino (16) coinciden con esta necesidad, donde se unen conceptos de la biomedicina con metodologías propias de las ciencias sociales. Así la primera autora trabaja con Chagas, interpretándola como una entidad que excede el ámbito de definición de las organizaciones internacionales de salud. Incluyendo a la reproducción del problema con aspectos que sobrepasan a las condiciones materiales de la pobreza, a la escasez de información y a la falta de acceso a servicios sanitarios básicos. Para esta autora y otros, como Zabala (53) y Goldberg (3), el Chagas en su evolución histórica, dejó de ser un problema rural, en contextos de pobreza y sólo latinoamericano.

En este recorrido de observación participante y entrevistas, se acuerda con los análisis de Zabala (31), en relación a los cambios que el Chagas como problema social ha sufrido en el transcurso histórico de la enfermedad en el país, y se reforzó lo expresado por dicho autor en el sentido de que, a pesar de ser puesto en las agendas de políticas públicas, éstas se ven influenciadas por factores que no permiten terminar con la parasitosis. Así: el aislamiento de las comunidades, las migraciones constantes, las búsquedas de mejoras laborales y los cambios en los ecosistemas, entre otros motivos, han hecho que esta patología deba ser revisada desde otras aproximaciones sociales,

educativas, político-económicas de investigación para lograr respuestas más integrales, ampliando la mirada junto a las ciencias sociales para que se logre la resolución de problema.

En el mismo sentido, Suarez (54) menciona que la medicina antropológica es un área amplia que enfatiza las interacciones entre las variables socioculturales, biológicas y ecológicas, siendo la enfermedad un hecho social que sobrepasa las definiciones monodisciplinarias y reduccionistas de los procesos de salud/enfermedad. La antropología médica, basándose en una aproximación cualitativa entiende que muchas enfermedades tropicales deben ser miradas como construcciones sociales (15) donde se deben analizar manifestaciones individuales, junto a las respuestas locales y culturales de los programas de prevención y control.

Estos autores especializados en la antropología de la salud, reprochan la forma verticalista de hacer políticas públicas por parte de los Estados. Suarez (54) critica en su trabajo “Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural” a la forma en que el Estado y las organizaciones internacionales de salud analizan a la enfermedad, evitando considerar las representaciones que de la enfermedad tienen los pobladores, dando pobres resultados en salud pública. Al respecto, se pudo evidenciar durante el recorrido de la investigación que esta forma de hacer políticas públicas es reproducida desde el gobierno provincial. La fumigación es vivida por los pobladores como algo mandado periódicamente por el Estado y es controlado a través de la “chapita” que les puede facilitar el acceso a una vivienda otorgada por ese gobierno.

En ese sentido, autores como Feito (55), que escribe sobre antropología y desarrollo rural, señalan la importancia del abordaje etnográfico para los procesos de producción e implementación de políticas, pues con el trabajo de campo se pueden registrar e interpretar conceptos y prácticas que los pobladores construyen y realizan que no son tenidas en cuenta durante la toma de decisiones por parte de los políticos. Durante el trabajo de campo, en las voces recibidas de parte de los pobladores y agentes de atención primaria de la salud, se escuchó la queja permanente por no recibir los resultados de las muestras de vinchucas que recogieron los chincheros y fueron enviadas al Ministerio de Salud.

Según esta investigación, se advierte la necesidad de cambiar los paradigmas sobre los trabajos epidemiológicos, prestándole más atención a la epidemiología sociocultural. En trabajos epidemiológicos sobre el control de la enfermedad de Chagas en la Argentina del 2012, Chuit y col. (2012), expresan que al valorar las enfermedades e

intervenciones se deben utilizar indicadores que posibiliten medir cuantitativa y cualitativamente sus efectos y cambios. En este sentido, proponen: “Con el objetivo de evitar los efectos negativos, retrocesos o faltas de avance en el tiempo, deben realizarse proyectos posibles, consistentes y coherentes de largo plazo, con objetivos claros, medibles, consensuados y que de forma periódica permitan efectuar correcciones en tiempo y oportunidad” (28 pág. 154).

Otros autores, como Ramírez Hita (56), en su trabajo sobre “La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí”, ponen en evidencia cómo muchas veces las políticas públicas, con una mirada de epidemiología clásica, no alcanzan a dimensionar la magnitud del problema, requiriendo de la epidemiología sociocultural y la utilización del método etnográfico para desentrañar los problemas en una forma más integral.

Asimismo, la presente investigación adopta los aportes de Menéndez (57), que junto a Farmer y Castro (58), expresan que existen procesos económicos, políticos y simbólicos que influyen en los análisis de la pobreza y la salud/enfermedad/atención, por consiguiente, se debe evitar reducir la mirada, como lo hacen Kleisman y Good, de corrientes interpretativas. Estos autores registran a los problemas de salud sólo desde lo micro social, preocupándose básicamente por la relación médico- paciente y la familia; interesados sobre todo en la medicina clínica y la eficiencia médica.

Menéndez (57) manifiesta que existe un divorcio entre la medicina biomédica y la antropología de la salud. Cuestiona la educación de los médicos que, influenciados por esa biomedicina, no poseen una formación adecuada para reconocer la importancia de los procesos culturales, históricos y sociales como significativos para la causalidad, mantenimiento y desarrollo de las patologías. Este estudio, en la encuesta realizada al grupo de estudiantes de medicina mostró que no poseían los conocimientos suficientes sobre la fumigación como método preventivo para poder accionar sobre la enfermedad de Chagas en la práctica de salud pública.

La estrategia epidemiológica que despliega lo OMS es en base a estadísticas enviadas por los Estados miembros, los mismos son de dudosa verificación, como lo informa Sanmartino (24) en su libro “Hablamos de Chagas, aportes para re-pensar la problemática con una mirada integral.” La autora menciona la dificultad para medir epidemiológicamente al Chagas. Este conflicto se corroboró al entrevistar a personal de APS del Hospital Cleofás Mazza, al analizar las planillas de los agentes y contrastarlos con el “Documento técnico sobre interrupción de transmisión vectorial de *T. cruzi* en los

departamentos Ojo de Agua y Quebrachos” de la provincia de Santiago del Estero del año 2013 (23). En este trabajo de investigación, se puso de manifiesto que la construcción de indicadores sobre la prevalencia -cantidad de personas infectadas sobre el total de la población- es muy difícil de obtener a través de la actual recolección de datos de la provincia. En tanto la incidencia -cantidad de casos nuevos que han ocurrido en el lugar y en un tiempo determinado- también es dificultosa. Finalmente, los datos entomológicos son aportados por los chincheros, y como se evidenció durante las visitas de campo con estos agentes, dependen de muchos factores (climáticos, presupuestarios, de urgencia sanitaria, etc.), que hacen esta tarea epidemiológica poco certera. También, en el transcurso de todo este estudio, durante las entrevistas en profundidad se escucharon a voces subalternas que: “desde los pasillos y dependencias hospitalarias, revelaron que muchas de las estadísticas no eran fidedignas y los resultados no se devolvían a las comunidades desde el ministerio de salud”.

Este estudio reconoce, como informan Pinto Dias (59) y Ledesma Patiño (23) que existe una disminución de la patología en la zona endémica. Sin embargo, se entiende que, durante el período mencionado por el documento oficial de Chagas del 2013, en los departamentos aparecen otras situaciones sociales y económicas que influyen sobre el Chagas, independientes de las acciones biomédicas.

Así, Cantoni (60) y Montenegro (61) afirman que en la zona se han desarrollado gran cantidad de emprendimientos de agro-negocio⁶, con la utilización de grandes maquinarias, introducción de transgénicos, insecticidas, siembra directa de los sembradíos con la modificación de la bio-diversidad del bosque y los cambios ambientales. Como retroceso, esta acción humana que disminuye el monte, influye para que la vinchuca migre con más facilidad a los peri-domicilios, conviviendo con la población probablemente afectada.

Existe otro proceso social que se asocia al complejo Chagas y es “la migración rural por falta de recursos naturales”. Lorenzetti (62) lo menciona y lo asocia a la fumigación con agroquímicos que elimina todo insecto y plaga, pero al mismo tiempo impide que la gente tenga ganado, cabras y gallinas en sus asentamientos. Así lo hizo saber Jorge, del paraje El Garabato, cuando expresó: “Los nuevos dueños del campo nos

⁶ Agro-negocio: Es la suma total de las operaciones involucradas en la manufactura y la distribución de la producción agropecuaria, operaciones de la producción en el campo; en el almacenaje, procesamiento y distribución de los commodities agrarios y las manufacturas hechas con los mismos (Davis y Goldberg - Harvard University, 1957).

alambraron alrededor, dejando las casas dentro, pero ya no tenemos monte y no podemos largar las cabras... ya estamos aquí por estar” (Comunicación personal, 2016).

La migración, como lo indica Blanco (63) también aparece asociada a un progreso individual en busca de situaciones económicas más favorables; sirve para disminuir la cantidad de miembros de una familia o contribuir al aporte del grupo que queda y, finalmente, la migración es debida a la expulsión de pobladores de sus tierras sin títulos. Desde cierta perspectiva, parecería bueno disminuir la vinchuca en la zona por todos los medios posibles, incluso desmontando y sembrando para el agronegocio, pero en contrapartida la gente se queda sin recursos y finalmente migra a la periferia de los poblados o ciudades. Esto se evidenció en el trabajo de campo, cuando la directora del Hospital de la localidad de Sumampa, del departamento Quebrachos, mostró cómo se instalan en la periferia del pueblo, en condiciones de precariedad y facilitando la existencia de vectores triatomídeos.

Este recurso utilizado por los pobres rurales, altera las características de la endemia Chagásica, convirtiéndola, como lo informa Goldberg (3) y la OMS, en un problema global de salud.

Distintos autores sostienen que hay otra situación social que es necesario profundizar en relación a las enfermedades (el Chagas en este caso) y es el significado de la pobreza rural, sus formas de medición, dimensiones socio-históricas y culturales que la atraviesan. Menéndez (57) menciona que, en Latinoamérica desde lo simbólico, pensamientos ligados a la situación de ruralidad y pobreza son determinantes para que las cosas no cambien rápidamente. En el mismo sentido, Blanco (63) advierte la necesidad de realizar cierta crítica a las mediciones estadísticas tradicionales que consideran a la pobreza como una unidad homogénea. La autora citada propone que existen diferencias entre la urbana y la rural. Así, los indicadores que habitualmente se informan -como la línea de pobreza y las necesidades básicas insatisfechas (NBI)- sólo remiten a situaciones de posesión o desposesión de bienes y servicios, evitando incorporar la relación de los hombres y mujeres con ellos. Expresa:

“Nosotros proponemos restituirle al hombre su condición relacional y su capacidad de acción. En este sentido, reconocemos la condición absoluta de las necesidades y el carácter relativo de los satisfactores. La satisfacción de las necesidades es cultural, entendiendo a la cultura como forma de vida, conjunto de normas internalizadas, criterios compartidos con el grupo de referencia” (63 pág. 15).

Además de Blanco, Tasso y Zurita (64) analizan la situación de pobreza estructural en Santiago del Estero, enunciando una serie de dimensiones socio- históricas que definieron el perfil social y económico de la región aledaña al río Dulce. Entre éstas, destacan: el pasado colonial; la herencia de formas de producción (presencia de trabajo familiar, de ayuda mutua, formas de redistribución, trueque, migraciones laborales estacionales, etc.); la dificultad al acceso a lo institucional como son la educación y la salud; los procesos formales asociativos y las ofertas materiales del estado; concluyendo que todas estas dimensiones contribuyen a mantener la pobreza estructural. Durante el trabajo de observación participante junto a los chincheros, se vio que las costumbres que envuelven a la gente deben ser asociadas a problemas estructurales que están muy ajenos a los pobladores. Así, la falta de oportunidades laborales, estar distantes de los centros sanitarios de mayor complejidad, la poca educación, la falta de transporte, la regular alimentación y su forma de relacionarse con el Estado, influyen en la problemática del Chagas.

En relación con la educación de los pobladores, se insiste que los hallazgos de esta investigación pusieron en evidencia que los pobladores de alto riesgo sólo tuvieron acceso a la escolaridad primaria en un 83%, con una dispersión de edad más amplia que el grupo de bajo riesgo que eran estudiantes universitarios de medicina. En su trabajo sobre “Las representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades de alto riesgo: creencias, actitudes y prevención”, León Canelón y Páez Rovira (65) informaron que un 42% de sus encuestados conocían al insecto y un 20% lo asociaba con la enfermedad; esos valores, como se mencionó, fueron muy inferiores a los registrados en la muestra de este trabajo. Llamó la atención durante el trabajo cualitativo que, a pesar que el grupo de alto riesgo conocía la vinchuca (98%) y el Chagas (82%), a la vez, naturalizaron la presencia del insecto en sus vidas. Esto puede hablar de la existencia de otros valores, representaciones sociales o procesos culturales que están alejados del proceso de salud/enfermedad/atención/prevenición como lo ve la biomedicina. Esta investigación coincide con esa autora en lo referente a que la población de alto riesgo sostiene ciertas creencias sobre la escasa peligrosidad del insecto en relación con la cardiopatía que produce. La gran mayoría la relaciona con un bicho y un porcentaje menor lo relaciona con el Chagas como enfermedad.

Esta investigación se encuentra también en línea con lo expresado por Chuit y col (28) sobre: “los parámetros socio-comportacionales de las poblaciones endémicas”, al mencionar que la vinchuca no es ponderada como un insecto dentro de las viviendas

cuando su número es menor a cuatro, y sólo la denunciaban en un 60%, cuando su número excedía las doce. Este estudio de investigación además coincide con un trabajo cuantitativo y cualitativo realizado por Llovet y col (11), donde se observó que para los pobladores rurales es mucho más peligrosa la mordedura de una víbora, alacrán o araña que la picadura de vinchuca. En la encuesta realizada: el 57% señaló a la víbora como el más peligroso y sólo el 5% manifestó que era la vinchuca. Sin embargo, un 25% señaló a todos como peligrosos; por esto podría decirse que un 30% evidencia la peligrosidad de la vinchuca. Los pobladores suelen considerar a los otros como más peligrosos porque los relacionan con el riesgo inminente de muerte dado que son venenosos. En cambio, la vinchuca es vista como un insecto que trasmite un parásito y deja una enfermedad crónica que puede conducir a la muerte si no se trata. Así lo enunció Roberto, un paciente a quien se le había implantado un marcapasos por lesión cardíaca chagásica, durante la entrevista en profundidad en el paraje Loma Blanca del departamento Quebrachos: “Yo le tengo más miedo a la víbora que te mata allí nomás, con el Chagas... uno se muere de a poco” (Comunicación personal, 2016).

Estas percepciones de los pobladores, hacen pensar que se naturaliza su presencia dentro o cerca de la vivienda, y que en muchos casos no se informa o controla su picadura. Así lo expresó Lisandra, durante una entrevista en el paraje Cantamampa, mientras se recorría la casa de material de su hija. Debajo del colchón se encontró una vinchuca con sangre. “Las mato cortándole la cabeza y las tiro al mechero... Hay muchas en verano y no se las ve en invierno. Las encuentro entre los agujeros de los tientos de las camas y les hecho agua... Si los chincheros vinieran más seguido ya no lo haría” (Comunicación personal, 2015).

Por otro lado, este trabajo no acuerda con Chuit (5) cuando menciona que los pobladores afectados por la endemia “no conocen o no tienen conciencia de los orígenes y consecuencias de la enfermedad”. En este estudio, contrariamente, se pudo observar, como ya se expresó, que la mayoría de los encuestados reconocieron a la vinchuca y a la enfermedad que transmitía, destacando el valor en la fumigación como un trabajo desplegado por el gobierno y recomendado por la OPS. Estas tareas eran conocidas por el 93% de los pobladores, y un 90% informaron que los fumigadores iban y entraban a su domicilio. En relación al control con fumigación, el 92% expresó que su casa lo necesitaba.

Se considera necesario reforzar, en relación al conocimiento que los grupos indagados tenían sobre el Chagas, que el grupo de bajo riesgo, por ser estudiantes avanzados de medicina, se enteró mayoritariamente sobre el Chagas y la vinchuca a través de la escuela; en cambio los de alto riesgo, por los fumigadores y agentes primarios de la salud. Dicha situación, muestra la cercanía de esos agentes con la gente y secundariamente la escasa penetración de la escuela en la prevención, probablemente debido a la currícula utilizada. Según informó la directora de la escuela del paraje El 49 en una entrevista en profundidad realizada:

“El aprendizaje del Chagas y la vinchuca se hace a través de un módulo dentro de ciencias naturales, dura tres meses, y está dirigido a los chicos de 1º, 2º y 3º grado. Desde el gobierno traen volantes sobre la vinchuca, pero muchas veces no se los reparten” (Dora, directora de la escuela de El 49, 2016).

En cuanto al trabajo de fumigación desplegado por los “chincheros”, sólo en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos actualmente se cuentan unos dos mil ranchos, de acuerdo al informe que dio la directora de Chagas de la capital provincial, y el jefe de fumigadores regional. Esta es una ardua y costosa tarea que lejos está de solucionarse. El gobierno lo intenta a través de varios planes para erradicación de ranchos, pero el chinchero mencionó que hay dificultad para solucionar debido a un problema cultural de los pobladores:

“En Santiago hay que cambiarle la cabeza a la gente. Aquí no quieren que le rompan el rancho, en cambio en Córdoba, le construyen la casa y a la semana vienen con la topadora y se lo destruyen... No limpian sus casas. Yo les digo, cuando entro y veo ropa envuelta amontonada de vaya a saber qué tiempo, que la saquen y limpien...Allí siempre hay vinchucas. Mientras no la saquen a ventilar junto con los colchones, nada podemos hacer nosotros fumigando” (Darío, comunicación personal, 2015).

Cuando se entrevistó en profundidad a los habitantes de parajes y a los agentes fumigadores que trabajan en la zona de estudio, sus discursos expresaron dudas sobre la eficacia de los trabajos realizados actualmente por el gobierno.

Los pobladores informaron:

- Aparición temprana de nuevos triatomídeos dentro de sus domicilios al poco de irse los funcionarios gubernamentales.
- La falta de regularidad en la actividad (la llegada de los fumigadores a sus viviendas variaba entre tres meses a dos años): *“Los chincheros hace*

mucho que no vienen, hace tres meses pasaron, fueron a un rancho, la señora no estaba y no tenían agua, por eso no fumigaron, eso es a cinco kilómetros de aquí. A la que da positiva, o sea, si tiene vinchuca la fumigan y luego deben volver a controlar, a veces no vuelven. Recogen vinchucas, las mandan a Santiago y después no avisan... ¿son todas negativas?” (Néstor, paraje El 49, 2016).

Los fumigadores expresaron que su trabajo dependía de múltiples factores:

- Los caminos de acceso a las zonas a fumigar.
- Las largas distancias entre los poblados y las viviendas.
- La falta de devolución de informes cuando se llevan vinchucas para estudiar. *“Hay positivos, pero para que no se preocupen, a ellos no les aviso. En el 88 y en el 53 hay positivos. También en la salina encontramos en los corrales, Allí el problema es la falta de agua, no pudimos fumigar”* (Juan, 2015).
- Las diferentes condiciones climáticas: *“Dr. no vamos a salir porque si llueve no sirve la fumigada. Así que lo dejamos para la próxima semana”* (Juan, 2016).
- Aparición de otras urgencias sanitarias eventuales (campañas de prevención como dengue, sika o chicunguña): *“Hola Dr. hoy no vamos a salir porque esta semana estamos afectados a fumigación por dengue y sika, así que lo dejaremos para la otra semana”* (Juan, 2016).
- Duplicación de tareas: *“Muchas veces vienen de la capital provincial otros chincheros a fumigar las mismas zonas para ganar su viático”*. (Ramón, 2016)
- Estar mal trabajado el lugar (no fumigar peri-domicilio, el interior de la vivienda, en caso de existir positivo se debe fumigar todas las casas a menos de quinientos metros). (Ramón, 2016)
- A veces falta el insecticida o es de menor calidad: *“de diez vinchucas mueren tres”* (Juan, 2015).
- La calidad del agua influye en la preparación de las piretrinas. En el interior de la provincia, muchas poblaciones poseen aguas saladas o duras, de mala calidad. (Ramón, 2016)
- Cuestiones culturales de gran arraigo como permitir el ingreso de animales al domicilio (gallinas, perros, gatos, cabras) (directora Centro de Chagas, 2016)

- Las pequeñas poblaciones y comunidades que pueden padecer el problema Chagas están diseminadas y dispersas por todo su territorio: ,(directora Centro de Chagas, 2016)
- Para los chincheros, fumigar o completar un recorrido planificado es muy complicado durante el verano que es la época de mayor actividad de los triatomídeos (Darío, 2016).

Chuit (28) informa que la población logra similar efectividad en los controles del vector (fumigación) en sus viviendas que los desplegados por el gobierno cuando son capacitados y poseen los mismos elementos. Los resultados de la encuesta dejaron en evidencia el deseo de aprender a fumigar que informaron los pobladores de alto riesgo. La gran mayoría expresó que podía hacerla correctamente, necesitando sólo insumos y capacitación.

Los pobladores de alto riesgo reconocen los problemas de salud a largo plazo que el Chagas produce, pero minimizan sus consecuencias. ¿Por qué? ¿Qué construcción social influye? Sus preocupaciones se asocian a mejorar su actual calidad de vida. Entonces sobre este aspecto el Chagas adopta otra dimensión. Los pobladores asumen a la fumigación, la erradicación de ranchos y los controles periódicos de los fumigadores como necesidad para obtener una mejor calidad de vida.

La OPS (14), en un informe sobre la enfermedad de Chagas en el año 2016, reconoce a la enfermedad como una de las patologías desatendidas u olvidadas, donde no hay vacunas que lo solucionen, sólo tratamientos para el Chagas agudo en los primeros años de vida y que prácticamente no tiene acciones sobre los casos crónicos. La organización acepta que el énfasis debe ser puesto en cambiar los hábitos y las viviendas de los pobladores, focos del problema. Además, expresa que: “esta enfermedad contribuye a perpetuar el ciclo de pobreza, al reducir la capacidad de aprendizaje, la productividad y la posibilidad de generar ingresos” (14, pag.4). En este trabajo, cuando se entrevistó a los agentes de salud (médicos, bioquímicos, chincheros o agentes sanitarios), algunos caracterizaron a los pobladores o enfermos chagásicos - en tanto receptores de políticas públicas- de varias maneras como: *oportunistas, excluidos, discriminados, discapacitados, pobres estructurales, analfabetos, olvidados, aprovechadores, abusadores, cómodos, pedigüeños, abusados por los poderes de turno*

y ratificaron esa idea del estigma⁷. Esta investigación entiende que existe una tendencia desde la biomedicina y algunos organismos relacionados con el sector salud en tratar vincular ciertas enfermedades con los hábitos de vida de la gente, intentando culpabilizar a los agentes y a su falta de prevención. Se concuerda con lo que expresa Eduardo Menéndez (2010) cuando menciona que, desde esa mirada etnocéntrica, se pierde de vista la intención de los pobladores de mejorar su calidad y condición de vida, con las limitaciones que le ofrece su economía y dentro de sus dimensiones culturales.

Durante el trabajo de campo, se pudo advertir que, a pesar de que no son visibilizados convenientemente desde el poder, estos pobladores trabajan activamente para mejorar su vida. De este modo, es preciso señalar que lejos están de ser, como se los inscribe en los informes de la pobreza de la OMS, “agentes pasivos y cuasi culpables de su condición”. Un ejemplo de esto, fue el caso de un paciente chagásico crónico santiagueño, quien no conseguía que el sistema de salud de Córdoba le diera el marcapasos, por no ser de esa provincia. Él no dudó en cambiar su domicilio para lograr una recuperación de la salud.

En su artículo, “Lo simbólico y lo real en la definición de la realidad médica”, Bordes (50) retoma lo que Byron Good (19) expresaba sobre cómo el paciente y su cuerpo son sujetos en sí mismos, son más que un objeto físico o fisiológico, una dolencia. Hay una parte existencial de subjetividades, una forma particular de ver y sentir el mundo que llevan a manejar su enfermedad o sintomatología. El cuerpo no sólo es un objeto físico o fisiológico como lo ve la biomedicina, el paciente lo valora como existencial.

Roberto, durante la entrevista manifestó que, al presentar problemas cardíacos concurrió al médico y no fue bien receptado por el sistema de salud, sin embargo a pesar de eso, empoderó a su cuerpo como sujeto, buscó alternativas para solucionar el problema de salud/enfermedad/atención y trató como lo expresa Fassin (66), reivindicar un derecho humano que le corresponde. Este trabajo acuerda con la idea de que, al ser un enfermo chagásico con problemas cardíacos generó en Roberto, lo que Rose y Novas (67) mencionan como *ciudadanía biológica* por aludir a ciertos procesos que los sujetos modelan en relación a su cuerpo y en relación al mundo que los rodea. Estas son las

⁷ Goffman (2006), menciona al estigma como una categoría que hace dejar de ver a la gente como una persona total para reducirlo a un ser desacreditado. Alude a tres tipos de estigmas: primero, el de las abominaciones del cuerpo o deformidades. El segundo referido al de los defectos del carácter del individuo como: la deshonestidad o el alcoholismo; y en tercer lugar menciona a los tribales, aquellos estigmas de la raza, nación o religión. (74)

estrategias a las que apelan los individuos hoy para tener responsabilidad sobre su cuerpo como sujetos. En los casos expuestos aquí, a pesar de ser pobres y alejados del sistema de salud, fueron activos con respecto a su vida, intentaron hacer aparecer sus demandas como condición para sobrevivir. Gregoric (68) alude a estos procesos como “los dispositivos que adoptan las personas para subsistir”. En la perspectiva de Menéndez (57), este individuo enfermo crónico provocó una re- significación del mundo que lo rodeaba.

Durante este trabajo de investigación, dentro de contextos de pobreza rural y como lo menciona Blanco (63) cuando habla de la compleja manera en que se relacionan los pobres rurales entre ellos, la sociedad y el Estado para obtener una mejor calidad de vida, aparece el Chagas como una manera más de salir de ese estado de pauperización. Estos actores sociales, destinatarios de las políticas públicas, utilizan al Chagas en varias modalidades para mejorar su existencia de extrema pobreza, lejos de los análisis biomédicos. Por ejemplo, buscan tener una “chapita” en la puerta de su rancho para obtener la fumigación que les otorgaría la posibilidad de la erradicación del mismo. Evitan tener Chagas en su sangre para no ser discriminados laboralmente. Intentan ser positivos para lograr una pensión por Chagas, instados muchas veces por los punteros políticos en sus recorridos preelectorales. Los pobladores expresaron que esos punteros políticos les generan dudas cuando ofrecen algo, sin embargo, buscan obtenerlas para cambiar su realidad. En ningún caso son pasivos actores sociales, sólo tratan de mejorar.

Durante las entrevistas en profundidad, se identificó que la búsqueda de una mejor calidad de vida siempre está latente. Los pobladores tratan de obtener beneficios que se les brindan a través de las políticas públicas. Si por algún motivo una línea de acción no da resultado generan otras posibles soluciones. Ese fue el caso de Rosa, una madre de siete hijos de la localidad de Cantamampa, quien unos meses antes de la entrevista, tuvo una hija que padeció un chagoma de inoculación agudo. Primero intentó conseguir la erradicación de su rancho por medio de la “chapita”, que se la dan para estar censados para el Chagas y su fumigación. Cuando esto fue infructuoso, la intendenta de la población de 9 de Julio, le prometió una casa por su condición de madre de siete hijos. No dudó en cambiar su domicilio en el documento, haciendo como si viviera en esa localidad y obtuvo finalmente un módulo habitacional del gobierno provincial.

Dos aspectos se evidenciaron en la encuesta y en las distintas entrevistas que son poco ponderados desde las políticas públicas. Primero, la escasa utilización de nuevas tecnologías (móviles o celulares) para brindar información referida al Chagas entre el gobierno de Santiago del Estero y las comunidades receptoras de sus políticas. Desde el

trabajo de campo se observó que el uso del celular está ampliamente difundido y utilizado por los pobladores rurales, hasta en los lugares más alejados. Como lo indica la encuesta que se realizó, dependiendo de la edad, son los usos que le adjudican al aparato. Esta investigación acuerda con un artículo presentado por Kovaric y otros (69) durante el VI Congreso internacional de informática en salud donde los autores explican sobre las posibilidades que la utilización de nuevas tecnologías y el internet podrían brindar a esas comunidades aisladas, haciendo más transversal y accesible la educación para la salud.

Otro aspecto poco valorado fueron las relaciones interpersonales con los agentes públicos intermedios, muy cercanos a las poblaciones de riesgo. Estos tratos son ajenos a los planes de acción gubernamental, se entrelazan entre las comunidades y algunos actores de la salud para lograr mejores objetivos; son un fuerte aditivo al compromiso intracomunitario y genera también un trabajo transversal de acción.

En las charlas con Darío, el jefe de chincheros, él expresó cómo ayudaba a ciertas familias. En una de las reuniones mencionó lo siguiente:

“La gente nos exige mucho y nos pide cosas que no podemos resolver. Yo también saco fotos para erradicación de ranchos y las mando arriba. Ellos son los que deciden y a mí la gente me trata como si yo fuera el culpable que no se la dan... Le cuento... le hice dar una casa a un conocido con muchos hijos así... Él vive con su familia en una pieza de material, tenía un rancho grande que no lo usaba, le hice poner colchones en el piso y le saqué la foto angulada para que no se viera la otra construcción... Cuando vinieron los de Asistencia Social y Arquitectura, los charlé explicándole la situación social de mi amigo...y allí se la están construyendo” (Juan, comunicación personal, 2016).

Como se observa en este caso, priman los lazos interpersonales a las burocracias estatales para obtener resultados. Entonces, a partir de estas prácticas sociales cercanas a la población, se generan nuevas formas de cohesión social. Es posible que, si se trabajara con modelos sanitarios más transversales, con participación comunitaria como lo mencionó Feito (55) en su trabajo, se lograría mayor adherencia a los planes de salud del gobierno como son: la erradicación de ranchos y la fumigación. Existen varios estudios orientados a trabajos multidisciplinarios que han sido exitosos. En ellos, el compromiso conjunto de varios agentes de salud y la comunidad han sido positivos en el ámbito de ejecución y la obtención de respuesta positiva por parte de las comunidades. Así lo refiere, por ejemplo, Streiger (70) en su trabajo “Enfermedad de Chagas, más de diez años de experiencia integradora entre docencia, extensión e investigación”, donde el aporte de la extensión universitaria generó beneficios en comunidades afectadas de Chagas. Con este

tipo de actividades las comunidades incorporaron y permitieron apropiarse de diferentes métodos para combatir a la endemia.

En otro trabajo sobre “Resiliencia comunitaria y enfermedad de Chagas en una región rural de México”, Santana Rangel y col (71) explican que es necesario generar más experiencias que profundicen en la comprensión de los pilares de resiliencia comunitaria, y en la manera en que estos contribuyen a potenciar la participación en salud para enfrentar la enfermedad de Chagas. Sobre todo, cuando va disminuyendo la infestación en las viviendas y peri domicilio, el control de vectores por parte del Estado se hace discontinuo y se complican lograr objetivos a largo plazo. Durante las encuestas realizadas en este trabajo de investigación, se percibió un interés particular por parte de los pobladores de aprender y controlar la fumigación desde la comunidad.

En el trabajo de campo cualitativo, durante las intervenciones dentro del ámbito hospitalario como también en lo recogido durante las entrevistas a los agentes de salud, se pudo reconocer que existe una falta de datos precisos sobre los indicadores de salud y seguimiento en Chagas. También se observó en los diálogos con los pobladores una queja hacia la falta de devolución de resultados por parte del Estado provincial hacia los informes entregados. Este hecho genera preocupación e incertidumbre; favorece la reinfestación de las viviendas por falta de adherencia a los planes gubernamentales, como lo informó en su trabajo Llovet (11) y refuerza el concepto de un manejo paternalista de la salud pública.

Se apreció en las entrevistas que este tipo de información no es ponderada desde las estadísticas clásicas que el estado provincial informa y eleva a otras instancias de salud pública. Se refuerza entonces, los conceptos de Roberto Chuit que informa en su artículo:

“Si el promedio nacional de prevalencia de infección por Trypanosoma cruzi en embarazadas es del 4%, y existen anualmente 700.000 nacimientos, se puede estimar que 28.000 niños/as estarían en riesgo de adquirir la enfermedad por esta vía. Si se utiliza el valor del riesgo de transmisión establecido por CLAP / SMR / OPS-OMS del 4-8% por año estarían naciendo entre 1.100 a 1.300 niños infectados de Chagas, confirmando que la vía madre-niño es la más importante en la producción de nuevos casos. Este número teórico de posibles casos que deberían ser detectados y tratados según el espíritu de la Ley 26.279, contrasta con aquellos que fueron detectados y comunicados al Sistema Nacional en los últimos 5 años, y se concluye que los datos existentes del número de detectados y notificados por el sistema de salud va de 158 a 255 casos anuales. Es decir, que en los últimos 5 años, no fueron diagnosticados de manera adecuada ni tratados de forma oportuna entre 4.000 y 6.000 niños” (28 pág. 154).

Este trabajo acuerda con este autor cuando menciona que actualmente no se expresan por las vías estadísticas actuales, todos los seguimientos y controles necesarios

para la salud pública. Demostrando la falta de continuidad en esfuerzos para lograr la interrupción vectorial que se da con la eliminación del *Triatoma infectans*. Se coincide además que, trabajar con una epidemiología sociocultural⁸ más amplia, es la manera de medir resultados a largo plazo, evitando la reinfestación de las comunidades de alto riesgo. Se concuerda que actualmente en la Argentina faltan trabajos con herramientas metodológicas más transversales (etnografías en salud, entrevistas en profundidad, etc.) para capturar todo el contexto de la enfermedad -incluido su mundo social-. La mayoría de las acciones sobre el Chagas en Santiago del Estero, responden a la forma del modelo biomédico y la biomedicina (biologicista, enfocado en la enfermedad, ahistórico, asocial, pragmático, mercantilista, paternalista, asimétrico y con participación subordinada o nula del paciente). Reforzar valores culturales enraizados (identidad, pertenencia, formas de vida en el mundo, migraciones, acceso a las nuevas tecnologías, conocimiento sobre el vector y la enfermedad, deseos de aprender, interés por mejorar su calidad de vida, cuidar su cuerpo de las enfermedades, etc.). Valorar los saberes populares, potenciarlos y utilizarlos en la lucha contra el Chagas, todo esto realizado a través de trabajos cualitativos que centren su atención en y con las comunidades, seguramente disminuiría la endemia chagásica.

CONCLUSIONES

El estudio demostró que, a pesar de su baja escolaridad los pobladores rurales poseen un alto conocimiento acerca de la vinchuca y la enfermedad de Chagas. Incluso, como se vio a partir de la encuesta que se les realizó, se demostró que sus saberes y conocimientos sobre características de la vinchuca, el grupo de alto riesgo de infestación poseía mayor información que los del grupo de bajo riesgo, estudiantes de medicina de quinto año.

La OMS incluye al Chagas dentro de las enfermedades asociadas a la pobreza y la ignorancia. En lo que respecta a pobreza este estudio demostró que generalmente se la mide a través de estadísticas tradicionales, considerándola como una unidad homogénea (NBI), evitando analizar al pobre rural como un agente activo frente a sus carencias y necesidades. Muchas de sus realidades son muy difíciles de cambiar y en general, ajenas a su voluntad. Así, el aislamiento, los malos caminos y transportes, la lejanía a los centros

⁸ “La epidemiología sociocultural emana de diversas reformulaciones propuestas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada epidemiológica, destacando la multiplicidad de escenarios y voces relativos al proceso salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención” (73 pág. 513)

de salud y educación, la falta de oportunidades laborales y la pérdida de sus espacios debido a la utilización de las tierras por el agronegocio o la migración constante en busca de mejoras laborales, son todos elementos que configuran el escenario social en el cual estos sujetos contraen Chagas y viven con la enfermedad. Los pobladores, a pesar de su pobreza estructural, intentan por varios medios mejorar su calidad de vida recurriendo para ello a los recursos que le brinda el Estado (erradicación de ranchos, fumigación, medicamentos, pensiones, entre otros).

De lo que se observó localmente, las acciones que se despliegan desde el gobierno provincial de Santiago del Estero, responden a indicaciones de la OPS, con un enfoque biomédico convencional (mediciones estadísticas clásicas con acciones orientadas a la fumigación, vigilancia del vector y erradicación de ranchos). Las actividades que se realizan desde el Estado son verticalistas y con una mirada paternalista de atención. Hay escasa o nula participación de las comunidades involucradas en el problema, pues no se las escucha, tampoco se los compromete en la lucha contra el vector. Sólo son visitados periódicamente por los fumigadores que hacen un relevamiento técnico. El cumplimiento de las campañas de fumigación es influenciado por causas ajenas a la salud/enfermedad/atención/prevención. Aparecen dificultades como: malos caminos, inconvenientes climáticos, de horario, de superposición de tareas, falta de insumos necesarios o mala preparación de los mismos debido a las aguas de mala calidad. Además, se priorizan otras urgencias sanitarias como dengue y chicunguña, postergando las acciones sobre la endemia chagásica.

En la historia de la enfermedad de Chagas en la Argentina y Santiago del Estero en particular, se observa un cambio en las políticas públicas, lo que ha generado una disminución de la patología. Sin embargo, estas acciones han tenido momentos muy diferentes que influyen en la resolución de la patología. Por épocas se la visibiliza o invisibiliza dependiendo de procesos sociales, políticos, ambientales y económicos muy ajenos a los estrictamente médicos, que favorecen a la reinfestación de las comunidades.

Aparecen otras dimensiones culturales, ajenas a lo estrictamente sanitario que interfieren en la solución del problema. La existencia del vector está naturalizada, probablemente porque no produce como otros animales (alacrán, víbora) fenómenos inmediatos de acercamiento hacia la muerte. Los pobladores rurales comparten su vida junto a la naturaleza. Se advierte que lo natural se mezcla con lo cultural, por lo tanto: animales, plantas, ambiente son parte de un todo, y forman parte de la expresión e identidad de esos hombres y mujeres en su mundo. El vector causante de la mayor

endemia americana aparece como parte del paisaje diario, invisibilizado como problema y hasta inofensivo.

Todos los actores sociales involucrados, la utilizan para obtener o mostrar beneficios para sí. Los pobres estructurales se valen del aporte que les brinda el Estado para mejorar su calidad de vida. El Estado también procura mostrar cómo se preocupa por eliminar la pobreza de la provincia publicitando y exhibiendo sus acciones para solucionar el problema del Chagas. Finalmente, las organizaciones internacionales como OPS, en sus informes oficiales, muestran el cumplimiento de los objetivos quinquenales propuestos sobre la endemia.

Actualmente ha regresado la invisibilización de la enfermedad. Hoy ya pasó la plaqueta que otorgó la OPS a la provincia en el año 2013. Se terminó la escenificación del problema: hay poca información gráfica del Chagas en Ojo de Agua, no se entregan volantes, no hay reactivos. Al presente, se observa al edificio del centro de Chagas de la zona sur de la provincia como una vieja estructura con vidrios rotos, sin agentes, totalmente abandonada y llena de malezas. Hoy casi no se habla de la endemia, parecería que todo ha sido superado. Sin embargo, como dijo un habitante de la comunidad de Cantamampa: *“la chinche siempre va a estar”*.

Recomendaciones

A partir de los hallazgos obtenidos por este trabajo en los departamentos Ojo de Agua y Quebrachos de Santiago del Estero, se considera necesario recomendar:

- Procurar que las políticas públicas se realicen con intervención de las comunidades receptoras de dichas acciones, evitando el trabajo vertical y paternalista, favoreciendo las acciones transversales, reconociendo con ello, la capacidad de dichas comunidades para ayudar y modificar aspectos de la salud/enfermedad/atención/prevenición. Incorporarlos como actores activos en esos cambios culturales para evitar las reinfestaciones de las comunidades.
- Continuar realizando estudios integrales. Esta metodología permite comprender más profundamente los problemas de salud/enfermedad/atención/prevenición.
- En la educación médica, reforzar el aprendizaje de las diferentes patologías como el Chagas, reconociendo la importancia de los procesos culturales, históricos y sociales como significativos para la causalidad, mantenimiento y desarrollo de las patologías.

- Reforzar un aspecto socio-cultural que no es debidamente abordado por las políticas públicas en salud y que ha cambiado la vida de los habitantes destinatarios de las políticas estatales en los últimos años, este es la utilización masiva por parte de las comunidades de nuevas tecnologías (celular, comunicación e internet). La conectividad ha generado un giro en sus relaciones. La gente de cualquier condición social posee teléfonos celulares y los usa. Los agentes sociales reciben y comparten datos, informes o videos. Trabajar a través de estos nuevos instrumentos desde las políticas públicas: enseñando, aportando información y recibiendo datos por parte de las poblaciones sobre la vinchuca y el Chagas, representa ampliar la transversalidad comunicacional y mejorar las políticas para la salud.
- Evitar invisibilizar al Chagas y reconocer desde las políticas públicas a la mayor endemia latinoamericana, que durante sus más de cien años continúa presente debido a su complejidad que exceden a lo médico e involucran otras dimensiones culturales, sociales, económicas y de medio ambiente.

CAPÍTULO 5

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Instituto Nacional de Parasitología “Fátala Chaben”, Nacen las instituciones que luchan contra el Chagas. 2017
- 2- Amieva, C. El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja. Actas X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. [En línea] 2013 [Consultado Julio 2017]. Disponible en: <http://sociologia.studiobam.com.ar/wp-content/uploads/ponencias/690.pdf>
- 3- Golberg, A, Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires, respectivamente; EÄ, vol 1. N°3: 1-18. 2010.
- 4- Mitelman, J. Gimenez, L. La enfermedad olvidada: Chagas. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. Vol. 34 N°1: 52-54. Enero Marzo 2005.
- 5- Chuit, R. Epidemiología de la enfermedad de Chagas en áreas rurales de la República Argentina. Tesis doctoral de medicina y cirugía, UNC, [36- 44]. 1989
- 6- Dias P. Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. Salud Colectiva, Buenos Aires. 8: 39-48. 2012.
- 7- Dinardi, G y col. Innovación, política pública y enfermedad de Chagas. El caso de la provincia de Santiago del Estero, Argentina, Comunidad y Salud, Vol. 11, N° 2: 27-37, 2013.
- 8- Gimenez L. y Mitelman J. Construcción de un nuevo encuadre clínico y terapéutico para los pacientes chagásicos en período crónico sin patología demostrable. Revista de la Federación Argentina de Cardiología, 45 (2):56-59, 2016.
- 9- González Martínez, A. Prevalencia de la enfermedad de Chagas asociada al género y su ámbito de ocupación, en el estado de Yucatán. Universidad autónoma de nuevo león facultad de ciencias biológicas. [2-115]. 2008.
- 10- Kreimer, P. Zabala, J, ¿Qué conocimiento y para quién? problemas sociales, producción y uso social de conocimientos científicos sobre la enfermedad de Chagas en Argentina, Redes, Vol 12, Num. 23: 49-78. 2006.
- 11- Llovet, I. y col. Gestión local en salud, Condiciones sociales y organizativas para la Gestión Local en Salud: reflexión a partir de la problemática de la Enfermedad de Chagas, Universidad Nacional de General Sarmiento, [173-180], 2008.

- 12- Mordini, O. ¿Por qué una nueva clasificación de Chagas? *Rev Fed Arg Cardiol.* (3) 238:239. 2010.
- 13- Nieto, C et al. Positive deviance study to inform a Chagas disease control program in southern Ecuador. *Instituto Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Vol 110 (3): 299-309, 2015.*
- 14- OPS. Información General: la enfermedad de Chagas. 2016
- 15- Briceño-León, R. La enfermedad de Chagas en las Américas: una perspectiva de ecosalud Chagas disease in the Americas: an ecohealth perspective. *Cad. Saúde Pública, 25(Sup 1), S71-S82. 2009.*
- 16- Sanmartino M. 100 años de Chagas (1909-2009) revisión, balance y perspectiva. *Revista de la Sociedad Entomológica Argentina- Versión On.Line ISSN 1851-7471 v. 68: 3-4, 2009 [consultado abril 2017]*
- 17- Spillman, C y col. Análisis de la situación epidemiológica de la enfermedad de Chagas en argentina: avances en el control, *Revista Argentina de Salud Pública, Vol 4, N°15: 40-44, jun 2013*
- 18- Menéndez, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas, *Ciencia e Saude Colectiva, Vol. 8: 185-207, 2003.*
- 19- Good, B. *Medicina, racionalidad y experiencia.* Barcelona España. Ediciones Bellaterra. 2003
- 20- Guber, R. *La etnografía, método, campo y reflexividad,* Siglo veintiuno Editores Argentina S.A. 2014
- 21- Guber, R. *El salvaje metropolitano,* Paidos, 1° edición, 2009.
- 22- Hammersley, M y col. *Etnografía, métodos de investigación.* Ediciones Paidos, 1° Edición, 1994.
- 23- Ledesma Patiño, O y col. *Boletín técnico de la Provincia de Santiago del Estero, Interrupción de transmisión vectorial de T. cruzi en los Departamentos Ojo de Agua y quebrachos.* Provincia de Santiago del Estero. [5-7]. 2013.
- 24- Sanmartino, M. y col. *Hablamos de Chagas: aportes para re-pensar la problemática con una mirada integral.* CONICET, Archivo y descarga online ISBN 978-950-692-121-[39-40], 2015.
- 25- Orellana Halkyer y col. *Enfermedad de Chagas en poblaciones prehistóricas del norte de Chile,* *Revista Chilena de Historia Natural,* 83: 531-541. 2010.

- 26- Rothhammer, F. et al. Chagas´disease in pre-colombian South America. *Physical Anthropology*, vol. Issue 4. 68: 495-498. 1985. Disponible en [<https://doi.org/10.1002/ajpa.1330680405>] [consultado en febrero 2017]
- 27- [Archetti, E. Una perspectiva antropológica sobre cambio cultural y desarrollo: el caso del cuy en la sierra ecuatoriana. *Antropología del consumo*, cap 5, pag 222-233](#)
Constructores de otredad. Buenos Aires: EUDEBA, 1999.
- 28- Chuit, R. y col. El control de la enfermedad de Chagas en Argentina. Sus resultados. *Revista Federación Argentina de Cardiología*, 41 (3): 151-155, 2012.
- 29- Storino et al., Atención médica del paciente chagásico. Manual práctico. Un enfoque biológico, antropológico y social. Ed. Ediprof., Buenos Aires. 2003
- 30- Danesi M., Olenka Codebó, M. Sosa Stani, Transmisión congénita de Trypanosoma Cruzi, Argentina 2002-2014 *Medicina Buenos Aires*. [Volumen 79 N°2:](#) p81-89, 2019.
- 31- Zabala, J. P. Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.16, supl.1, jul. [57-74], 2009.
- 32- Carbonetti, A. La ciudad de la peste blanca, historia epidemiológica, política y cultural de la tuberculosis en la ciudad de Córdoba, Argentina, 1895-1947. *Benemérita Universidad Autónoma de Puebla*, [29-31], 2011.
- 33- OPS, Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil de HIV, la sífilis, hepatitis y la enfermedad de Chagas, OPS/CHA/17-009: 7-25. 2017.
- 34- García Alonso, M. *Ética y Antropología*. Madrid : UNED, 2016.
- 35- Achili, E. Investigar en Antropología Social, los desafíos de transmitir un oficio. Laborde, 2005.
- 36- Lambin, E. F., Tran, A., Vanwambeke, S. O., Linard, C., & Soti, V. Pathogenic landscapes: interactions between land, people, disease vectors, and their animal hosts. *International Journal of Health Geographics* 9(1), 54. 2010.
- 37- Macchiaverna, N. P., Gaspe, M. S., Enríquez, G. F., Gürtler, R. E. y Cardinal, M. V. Prevalencia de infección e identificación de UDTs de Trypanosoma cruzi en Triatoma sordida de un área rural en el Chaco húmedo argentino. *XXVI Reunión Anual Sociedad Argentina Protozoología 2013*, Universidad Nacional de Rosario, Argentina. 2013.
- 38- Pérez, G.S.M., Hernández Meléndrez, E., y Rodríguez Cabrera, A. La enfermedad de Chagas como un rezago social en salud. *Revista Cubana de Salud Pública* 37: 159-174. 2011.

- 39- Ponce Bonilla, G. S Factores de riesgo en la transmisión de la enfermedad de Chagas en el Cantón El Presidio, Municipio de Sonsonate de Enero/2010 a Agosto/2010. (Bachelor thesis). Universidad de El Salvador. 2011
- 40- Llovet, I.; Dinardi, G. Etnicidad, participación social y re-infestación de viviendas en el Chaco argentino: un enfoque de Ecosalud de la enfermedad de Chagas Espacio Abierto, vol. 23, núm. 2: 305-324, Universidad del Zulia Maracaibo, Venezuela. 2014
- 41- Ventura-García, L., Roura, M., Pell, C., Posada, E., Gascón, J., Aldasoro, E. et al. Socio-Cultural Aspects of Chagas Disease: A Systematic Review of Qualitative Research. *PLoS Negl Trop Dis* 7(9): e2410. 2013. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002410>
- 42- Mitelman, J. et al. Consenso de Enfermedad de Chagas-Mazza Revista Argentina de Cardiología, vol. 79, núm. 6: 544-564 Sociedad Argentina de Cardiología Buenos Aires, Argentina, 2011.
- 43- Castañeda Porras, O. y Zuleta Dueñas, L. P. Conocimientos, actitudes y prácticas para el control de enfermedades transmitidas por vectores en zona rural dispersa, San Luis de Palenque, Casanare-Colombia, 2017. *Revista Médica de Risaralda* 24(2): 108-114, 2018.
- 44- Garrido-Pérez, Gómez-Martínez, C. y Zacca-Peña, E. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas y su vector en el Poblado Ocuapan Huimanguillo Tabasco. *Horizonte sanitario* 9(2): 6-10. 2010.
- 45- Hurtado, L. A., Calzada, J. E., Pineda, V., González, K., Santamaría, A. M., Cáceres, L. y Saldaña, A. Conocimientos y factores de riesgo relacionados con la enfermedad de Chagas en dos comunidades panameñas donde *Rhodnius pallescens* es el vector principal. *Biomédica* 34(2): 260-270, 2014.
- 46- Cabrera, R., Mayo, C., Suárez, N., Infante, C., Náquira, C. y García-Zapata, M. T. A. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica del Perú. *Cadernos de Saúde Pública* 19:147-154. 2003
- 47- Zabala, J. La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina. *Salud colectiva*. Vol-8 supl.1- nov. 2012. Versión On-line ISSN 1851-8265 [consultado en abril 2017]
- 48- Genero, S., Nasir, A, Cayre, M., Pascual, F, Gorostegui. Conocimientos y actitudes en relación con la enfermedad de Chagas en la población de Avia Terai, provincia del Chaco. *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2, N°9:6-10, 2011.

- 49- Durkheim, E. Las reglas del método sociológico, Fondo de cultura de México, pag. 50/51. Segunda reimpresión. 2001.
- 50- Bordes M. Lo simbólico y lo real en la definición de la realidad médica notas sobre las potencialidades heurísticas del concepto de experiencia. Intersticios, Revista de sociología de pensamiento crítico. Vol. 4 (2) – 68. 2010
- 51- Fuentes R. y otros. Eficacia de nifurtimox para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Chagas crónica. Revista chilena de infectología vol 29 N° 1: 82-86. 2012.
- 52- Gallerano R. y Sosa R. Resultados de un estudio a largo plazo con drogas antiparasitarias en infectados chagásicos crónicos Revista Argentina de Cardiología Abril-Junio 2001, Volúmen 30, 2:289-296, 2001.
- 53- Zabala, J. Producción y uso de conocimientos científicos vinculados a la enfermedad de Chagas, Argentina 1915-2000. Tesis doctoral Université Paris 1 Panthéon-Sorbone école doctorale de philosophie. 2007
- 54- Suarez, R y col, Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural, una aproximación al caso colombiano, Revista Colombiana de Antropología, Vol 40: 185- 212, 2004.
- 55- Feito, C. Revista Interdisciplinaria de Estudios Agrarios. Antropología y políticas sociales rurales: una relación fructífera pero poco reconocida. N° 21, 2º:55-76, 2004.
- 56- Ramirez Hita, S, Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano, OPS/OMS La Paz, 2º edición, [1-235], 2001.
- 57- Menéndez, E., De sujetos, saberes y estructuras, introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva, Lugar Editorial, 2009
- 58- Farmer P. y Castro A. El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. Cuadernos de Antropología Social N° 17, pp. 29-47, FFyL – UB, 2003. ISSN: 0327-3776
- 59- Pinto Dias, J. Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas, Salud colectiva, supl. 1, 39-48, noviembre 2012
- 60- Cantoni, M. El proceso de conformación del pueblo de Tintina y su vinculación con el desarrollo de los obrajes forestales. Revista Fundación Cultural de Santiago del Estero. 2010. [en línea] www.fundacioncultural.org/revista/nota8_40.html
- 61- Montenegro, C. Informe sobre desforestación en la Argentina, Unidad de Manejo del Sistema de Evaluación Forestal. Dirección de Bosques. Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable. [1-8], 2004.

- 62- Lorenzetti, M. Experiencias de sufrimiento, memorias y salud en las comunidades wichi de Tartagal. Cuadernos de Antropología Social, N°38: (pp. 131-151). FFyL, UBA, 2013
- 63- Blanco, M. Reflexiones sobre las limitaciones conceptuales de la pobreza rural. Trabajo y Sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas. N°14. UNSE, Santiago del Estero. Trabajo y Sociedad, vol. XIII, núm. 14; 1-17, 2010.
- 64- Tasso, A; Zurita, C. Aves de paso. Los trabajadores estacionales de Santiago del Estero. Trabajo y Sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas. N°21: 33-47. UNSE, Santiago del Estero. 2013.
- 65- León Canelón, M; Pàez Rovira, D. Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades en riesgo: creencias, actitudes y prevención Interamerican Journal of Psychology, vol. 36, núm. 1-2: 215-236, 2002.
- 66- Fassin, D. Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los migrantes en Francia. Cuadernos de Antropología social, N° 17: (pp. 49-78). FFyL, UBA, 2003.
- 67- Rose, N; Novas, C. Biological Cytizenship, Reseachgate. 2005. [en línea] <https://www.researchgate.net/publication/30528478>, 2005
- 68- Gregoric, J. Biosociabilidad y demandas por derechos en el activismo de personas de sectores populares afectadas por VIH-sida. Cuadernos de Antropología Social, N°35: 121-142, FFyL, UBA, 2012.
- 69- Kovaric, G. y otros, E-Chagas: aplicando las tecnologías de información y comunicación (TIC'S) al abordaje de la enfermedad de Chagas, VI Congreso Internacional de informática en Salud. Temática: Informática en comunidades aisladas, La Habana, [1-16], 2007.
- 70- Streiger, M., Enfermedad de Chagas: más de 10 años de experiencia integradora entre docencia, extensión e investigación. III Congreso de UNL, [1-14], 2009.
- 71- Santana Rangel, J. y col. Resiliencia comunitaria y enfermedad de Chagas en una región rural de México. Revista Saúde Pública. <http://www.rsp.fsp.usp.br/2016:50-46>: 1-9, 2016.
- 72- Menéndez, E. El modelo médico y la salud de los trabajadores. Salud Colectiva. Enero- Abril [9-32]. 2005.
- 73- Hercsh, P; Martínez, D. *Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria*. Salud Pública N°5. Septiembre/ Octubre- Vol. 55. 2013.

74- Goffman, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. 1° Ed. 10 reimpr. Buenos Aires :
Amorrortu, 2006.

ANEXOS

A continuación, se detallan las presentaciones científicas realizadas a partir del tema de Tesis Doctoral:

Presentación en congresos:

- Vilchez, G., & Trucchia, S. (2019). Conocimiento del Chagas y la vinchuca por probables portadores de la endemia. Análisis cuali- cuantitativo en Santiago del Estero. *XX Jornadas de Investigación Científica de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba, 76 (suplemento) Recuperado a partir de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/25618>*
- Vilchez, G., & Trucchia, S. (2019). ¿Fue Carlos Chagas un precursor de la medicina antropológica latinoamericana? XXI Jornada de Historia de la Medicina. CABA. Noviembre 2019