

Arreglos institucionales y endemia: prevención y control del vector de la enfermedad de chagas en la provincia de Santiago del Estero.

Ignacio Llovet, Graciela Dinardi, Marcos Pérez.

Cita:

Ignacio Llovet, Graciela Dinardi, Marcos Pérez (2007). *Arreglos institucionales y endemia: prevención y control del vector de la enfermedad de chagas en la provincia de Santiago del Estero*. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/86>

ARREGLOS INSTITUCIONALES Y ENDEMIAS: PREVENCIÓN Y CONTROL DEL VECTOR DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO¹

Ignacio Llovet², Graciela Dinardi³, Marcos Pérez

²Investigador, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Buenos Aires. Enviar correspondencia a Ignacio Llovet, Sánchez de Bustamante 27 (C1173AAA), Buenos Aires, Argentina, correo electrónico: illovet@cedes.org .

³Consultora, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

illovet@cedes.org

gdinardi@fibertel.com.ar

INTRODUCCION

Esta ponencia analiza el rol de factores institucionales y organizacionales en la prevención y control de enfermedades endémicas. Indagaremos en el impacto que las medidas de descentralización en el sistema de salud implementadas durante la década de 1990 han tenido sobre las acciones de prevención y control del vector Chagas en la Argentina, dificultando la erradicación del *Triatoma Infestans* ("Vinchuca"), y fracasando en la interrupción de la propagación de la enfermedad de Chagas en algunas áreas de la Argentina. A pesar de la declaración de la Iniciativa Internacional de los Países del Cono Sur en 1991, la promesa de erradicar el T. Infestans de la Argentina para 2000 permaneció incumplida.

LA ENDEMIAS

La enfermedad de Chagas es endémica en Argentina. Las estimaciones oficiales del número de individuos infectados rondan los dos millones, de los cuales 600.000 tendrían manifestaciones clínicas. La principal vía de contagio es la vectorial (*Triatoma Infestans*). Se ha evidenciado una disminución en los niveles de seropositividad a lo largo del tiempo, aunque debe mencionarse que las mediciones han sido realizadas para poblaciones específicas -niños, embarazadas y conscriptos-, y no para la población en general. Una ilustración de esta tendencia decreciente es la que informan las tasas de seropositividad para *Tripanosoma Cruzi* en varones de 18 a 20 años de edad: los datos de 1994 mostraron una reducción de 5,8 a 1,8 puntos porcentuales comparado con los niveles de 1981. De todos modos, las muestras de población no son del todo compatibles (e.g. cambios en la edad de la convocatoria para el servicio militar, de 21 a 18 años), y esto podría estar en la raíz de una estimación poco exacta del progreso logrado².

Aunque la presencia de Chagas en la Argentina –en términos agregados- ha decrecido, existen todavía áreas específicas endémicas –localizadas en el territorio de Santiago del Estero³- donde los registros de contagio y reinfestación han mostrado una tendencia creciente: los casos agudos notificados, aumentaron de 3 en 2001 a 12 en 2005. ¿Cómo puede explicarse esta reemergencia? Esta evolución de los indicadores epidemiológicos puede ser una respuesta a los cambios en los arreglos institucionales que han tenido lugar a lo largo de los años. A continuación se brindan algunos antecedentes.

SURGIMIENTO DE LA INTERVENCION PÚBLICA

La lucha contra la enfermedad empezó en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha contra la Enfermedad de Chagas. En 1961 se estableció oficialmente el Programa Nacional de Chagas (PNC). Comenzando en 1972, esta oficina ha estado activa en 19 provincias endémicas, usando un modelo centralizado y vertical. Por definición, una organización centralizada presupone una unidad de funciones operativas, financieras y administrativas, las cuales son puestas en acción por una oficina federal. La estrategia vertical aplicada por el PNC asumió la concentración de recursos y poder de decisión en los niveles más altos de la administración. Tuvo la habilidad de movilizar personal altamente calificado (cerca de 2000 personas), y tuvo a su disposición un considerable número de vehículos para conducir operaciones de control y fumigación a gran escala (entre 200.000 y 300.000 viviendas fumigadas por año durante la década de 1970, a nivel nacional). Las intervenciones llevadas a cabo utilizando estas estrategias verticales tuvieron un impacto significativo en la lucha contra el vector. Sin embargo, hubo dos consecuencias adversas: primero, el pobre desempeño de la vigilancia epidemiológica, y segundo, el débil vínculo con los sistemas de salud provinciales. En los años subsiguientes, factores internos y externos (tales como la descentralización operacional, las transferencias de tecnología a los gobiernos provinciales y municipales, y la participación comunitaria) dieron forma a un nuevo modelo organizacional, con un énfasis más fuerte en criterios horizontales y descentralizados.

Durante los años 80, el panorama de la enfermedad de Chagas fue negativo. En 1983, 1984 y 1985, la falta de vigilancia y mantenimiento permitió la reinfestación de viviendas rurales, y fue responsable en gran parte del aumento de los casos agudos, que llegaron a un pico de 121 en 1991.

Si bien el gobierno federal implementó una importante reforma del sector de salud durante la década de 1990, el PNC ya había sido pionero en las políticas de descentralización diez años antes. En 1981, bajo el régimen militar, se habían transferido responsabilidades operacionales a ocho de las diecinueve provincias endémicas. Esta política fue concebida para poner en las manos de las administraciones provinciales las tareas antes llevadas a cabo a nivel nacional.

LA DESCENTRALIZACION COMO FORMULA COMPLEJA

Junto con la descentralización, la estrategia vertical comienza a hacer espacio para una nueva estrategia, de tipo horizontal. Este cambio fue inicialmente impulsado por una transferencia gradual de tecnología a los agentes de salud provinciales que eran necesarios para conducir medidas de control. En 1992, la estrategia de intervención horizontal fue profundizada con la inclusión de un nuevo elemento, la participación comunitaria. Este concepto dio a los individuos y a las familias un rol en la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades de control de la enfermedad. Mientras el concepto de participación comunitaria había alcanzado un alto nivel de complejidad en su formulación, los intentos de implementarla enfrentaron fuerzas internas y externas que redujeron sus posibilidades de éxito. Entre los factores internos se encuentran: el fracaso en transferir efectivamente una metodología de trabajo hacia las comunidades locales; la resistencia de los profesionales a incluir legos en las actividades; la falta de información y conocimiento básico entre los miembros de las comunidades; la ausencia de un agente supervisor. El principal factor externo fue el desigual compromiso con la iniciativa que tuvieron los niveles de gobierno federal, provincial y municipal, lo que creó obstáculos a este tipo de intervención. Enfrentadas a resultados insatisfactorios, algunas provincias optaron por retornar a la estrategia vertical, y abordaron la erradicación de la enfermedad mediante el tratamiento de las viviendas infestadas con el vector, y la atención de los casos agudos. No obstante los cambios en las estrategias de intervención, la situación epidemiológica de la provincia de Santiago del Estero estuvo y continúa fuertemente determinada por el arreglo institucional que surgió bajo los auspicios de la descentralización.

A pesar de que algunas interpretaciones son muy críticas de la descentralización en términos de su impacto sobre la experiencia realizada en distintos lugares por los programas para enfermedades endémicas, todavía no hay suficiente evidencia disponible para sostener tales visiones (cfr. Llovet y Díaz). Las opciones de intervención para prevención y control adoptadas en la provincia de Santiago del Estero ofrecen una buena oportunidad para examinar el impacto social y epidemiológico de los arreglos institucionales.

La literatura especializada le atribuye una diversidad de beneficios a la descentralización como fórmula reorganizadora: más equidad y eficiencia en el uso y distribución de recursos, mejor calidad de los servicios, y mayor autonomía local y responsabilidad en la ejecución de iniciativas. Sin embargo, no todos estos beneficios eran objetivos explícitos de aquellos que estuvieron a cargo de descentralizar el sistema en 1981. El objetivo declarado de la reforma de ese año era la eficiencia, apuntando a que la transferencia de todas las operaciones del nivel federal al provincial promovería la racionalización de las prácticas sanitarias y la mejora del desempeño del programa, así como la asunción de la

responsabilidad del sistema de salud por parte de las autoridades provinciales. Ya sea porque algunos de los efectos de la descentralización no fueron considerados originariamente, o por la debilidad crónica inherente a las circunstancias en que las provincias de mayor riesgo operan, el hecho es que el proceso de descentralización llevó a la profundización de las diferencias entre las provincias acentuando el rezago de algunas de ellas.

La aceptación de la descentralización fue variable entre las provincias endémicas. Por un lado, cuatro permanecieron adheridas al sistema centralizado, mientras que por el otro, las quince restantes aceptaron los principios de la descentralización, pero manteniendo diferentes grados de autonomía. En Santiago del Estero, la transferencia desde el gobierno federal nunca se logró de manera completa, porque las intervenciones en su territorio fueron compartidas hasta el año 2000 por el gobierno provincial y los servicios nacionales, ya que el gobierno nacional mantuvo sus oficinas regionales en zonas endémicas. Esto implicó la participación en las actividades de control de personal con asiento en provincias vecinas, quienes intervenían en zonas determinadas mediante una división consensuada del territorio provincial. Esta división de tareas dio lugar a una forma “híbrida” de descentralización que estimularía más tarde debates y controversias sobre las áreas de competencia que correspondían a cada nivel de gobierno.

EL CASO DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO

En respuesta al incremento en el número de casos agudos, en los años noventa, un total de 80/90 mil viviendas fueron tratadas con asistencia del Programa Nacional de Chagas. El trabajo conjunto de los programas nacional y provincial, consiguió llevar el número de casos agudos a un mínimo. Sin embargo, las acciones no se sostuvieron en el tiempo. Para finales de la década surgieron voces que llamaron la atención acerca de que si el programa y las fumigaciones no se mantenían con la intensidad necesaria, los logros obtenidos en la lucha contra la enfermedad serían solo temporarios⁴.

Desde el año 2000 en adelante se registra un aumento notorio de la incidencia de Chagas. La reinfestación de viviendas y el contagio aumentaron de manera considerable, algo evidenciado en la multiplicación de los casos agudos registrados. La gravedad de la situación fue reconocida en 2005, por las autoridades provinciales.

El desempeño errático del programa provincial de Chagas en Santiago del Estero proviene de la inestabilidad de su liderazgo (lo que a su vez generó períodos alternativos de acción e inacción); los numerosos cambios de ministros y funcionarios; y el debilitamiento de un cuerpo técnico calificado. El estado del sistema de salud pública de la provincia también se ve reflejado en el hecho de

que el sistema de atención primaria necesario para prevenir la enfermedad no pudo ser establecido firmemente.

La disponibilidad de recursos se ha visto siempre afectada de manera adversa por problemas políticos y operacionales. Operacionalmente, los problemas surgieron del hecho de que los fondos fueron transferidos a las provincias de un modo que no distinguía qué parte debía usarse en qué patología, dificultando la planificación de actividades en el mediano y largo plazo. Al mismo tiempo, los recursos enviados por el gobierno central han sido sometidos a disputas entre los directores de los programas provinciales, las cuales frecuentemente se resuelven por medio de mecanismos políticos formales e informales, en lugar de hacerlo mediante la definición de prioridades sanitarias. Mientras que estos rasgos exponen el lado negativo de la descentralización en términos de su eficiencia, de todos modos no limitan la habilidad de estas agencias provinciales para actuar autónomamente sobre sus jurisdicciones.

El gobierno central proveyó a las provincias (Santiago del Estero, entre ellas) de suficientes insumos de manera regular (insecticida; vestimentas especiales; rociadores; y reactivos para diagnósticos en laboratorios). Sin embargo, los niveles de recursos humanos y materiales habían sido reducidos para 1999. Los escasos –y viejos- vehículos disponibles para cubrir una extensión muy grande de territorio rural (100.000 km²) así como el retiro y no sustitución de personal experimentado hicieron inoperativo el programa provincial. Para entonces, el personal de campo consistía de nueve personas, suficientes para tres equipos de fumigación equipados cada uno con un viejo vehículo. Estos equipos enfrentaron la enorme tarea de atender vastas áreas de territorio con una muy baja densidad de población.

Las actuales normas dictadas por el Ministerio de Salud que regulan la vigilancia entomológica ordenan que las provincias establezcan “los diferentes sistemas a ser usados en cada lugar”. Debido a que el objetivo de política del PNC es interrumpir la transmisión vectorial, las provincias deben implementar un sistema activo y continuo de vigilancia, que incluya a la comunidad y los servicios de salud. Los esquemas de vigilancia que incluyen participación de la comunidad se encuentran hoy día inoperativos en Santiago del Estero. Paradójicamente, fue en esta misma provincia donde por primera vez (1985-1989) se experimentaron a gran escala acciones que apuntaban a un uso más horizontal de los recursos del sistema de salud y a un mayor rol para los niveles inferiores del sistema (i.e., agentes sanitarios).

Si bien las acciones orientadas a la participación comunitaria han sido abandonadas hace tiempo, todavía puede encontrarse una gran cantidad de energía comunitaria, disponible para su movilización con fines de vigilancia y control. Como un efecto de las acciones promotoras de la participación comunitaria, el 13% de los hogares rurales declararon su participación en iniciativas de redes sociales locales. Un cuadro más acertado de la participación

comunitaria emerge cuando consideramos informes de participación en talleres de control de vectores en el Departamento de Avellaneda, un área del sudeste de la provincia que tiene una historia de intervenciones que buscaban movilizar a la población local. Allí, la tasa de participación en talleres alcanza un considerable 15%. Por el contrario, otras áreas (por ejemplo, Silipica, en las cercanías de la ciudad capital) sin registros de estrategias horizontales de intervención, pero con altas tasas de integración social (por ejemplo, participación en actividades de la iglesia y clubes deportivos), casi no tienen participación en acciones de control y vigilancia.

Con respecto al control de vectores, el ochenta por ciento de la población de los Departamentos de Silipica y Avellaneda no alerta al personal de salud cuando encuentra *T. Infestans* en su hogar. Cuando cada área es considerada por separado, se descubre que Avellaneda, un área del sudeste del territorio provincial, con experiencia en implicación comunitaria y entrenamiento preventivo, tiene una tasa de reporte de 21%, mientras que en Silipica la tasa es 7%. La falta de comunicación de la presencia de *vinchuca* es una consecuencia de la ausencia de canales de información que conecten los hogares con los servicios de salud, aunque casi la mitad de los hogares rurales participan en actividades organizadas por las unidades locales de atención de salud, las cuales consisten en la entrega de alimentos y medicación. Este vínculo que existe entre hogares y unidades de atención de salud podría ser integrado en el sistema local de vigilancia.

REFLEXIONES FINALES

El agravamiento de la situación en la provincia de Santiago del Estero, puesto de manifiesto en el incremento del número de casos agudos y la extensa reinfestación, está vinculado a la incapacidad de establecer un sistema provincial de Chagas adecuadamente articulado. Esta incapacidad tiene un doble origen, histórico y estructural. Por un lado, la modalidad en que se implementó el proceso de descentralización –desde 1982 en adelante–, así como por las características del sistema político provincial, con fuertes rasgos de personalismo.

La transferencia de responsabilidades desde el nivel federal al nivel provincial sumergió las acciones epidemiológicas en el conflicto político local. Dicho conflicto comprometió la efectividad de las medidas de control y vigilancia, por medio de: a) diferencias en cómo los niveles federal y provincial definieron la agenda; b) insuficiente compromiso provincial con las actividades de control y vigilancia; c) inestabilidad del liderazgo; d) falta de interés entre los gobiernos municipales; e) falta de claridad funcional en la distribución de fondos; f) reducción en la cantidad de recursos humanos calificados.

A lo largo del tiempo, hay continuidad y coherencia de metas de política pública nacional. Sin embargo, la falta de esfuerzos combinados entre los niveles nacional, provincial y municipal de intervención pública en salud conspira contra la traducción de esas metas en la jurisdicción provincial.

A nivel de los programas epidemiológicos, la sustentabilidad de los arreglos institucionales permanece incierta. Los permanentes cambios políticos en la provincia han reducido las posibilidades de un sistema estable de vigilancia.

Existe una moderada eficacia de las estrategias horizontales de intervención en movilizar recursos comunitarios, pero se observa preocupación sobre su continuidad.

El desempeño de la gestión juega un rol estratégico en el conjunto del proceso de implementación de la política.

Paradójicamente y en el largo plazo, el proceso de descentralización ha complicado la relación entre los niveles centrales y provincial en Santiago del Estero, y ha fracasado el surgimiento de un nuevo modelo de acción epidemiológica (ya sea vertical, horizontal, o una combinación de ambos). Al día de hoy, ambos sistemas no han podido complementarse mutuamente.

El creciente número de casos agudos reportados se originan en áreas rurales dispersas, con niveles muy bajos de educación e integración social, y familias numerosas. Allí, los individuos tienden a aceptar la presencia de la enfermedad. El desafío sigue siendo encontrar el modo de reconocer y afrontar no solo las condiciones de vida de estas poblaciones, sino también las dificultades que impiden su participación en medidas de control y vigilancia.

Este estudio de caso sugiere incluir en la agenda de investigación en salud un estudio comparativo de los sistemas provinciales de Chagas, con el objetivo de observar en un contexto mayor los procesos de descentralización y su impacto en los resultados de medidas epidemiológicas.

BIBLIOGRAFIA

Basombrío, M. A., Schofield, C. J., Rojas, C. L., Del Rey, E. C. (1998). A cost benefit analysis of Chagas disease control in north-western Argentina. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. vol. 92 (2), 137-143.

Bossert, T., Larrañaga, O., Ruiz Meier, F. (2000). Decentralization of Health Systems in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 8 (1/2), 84-92.

Briceño León, R.(2007). Chagas disease and globalization of the Amazon, en *Cadernos de Saúde Pública*, Volume 23, Suplemento 1

Cecere, M. C., Gurtler, R. E., Canale, D., Chuit, R. Cohen, J.E. (1997). The role of the peridomiliary area in the elimination of *Triatoma infestans* from rural Argentine communities. *Pan American Journal of Public Health*. vol. 1, no 4.

Chuit, R., Paulone, I., Wisnivesky-Colli, C., Sosa-Estani, S., Segura, E.L. (1992). Results of a first step toward community-based surveillance of transmission of Chagas' disease with appropriate technology in rural areas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*.

Coordinación Nacional de Control de Vectores, Programa Nacional de Chagas, Ministerio de Salud de la Nación. (2001). Buenos Aires. *Actualizaciones Técnicas y Operativas en el Control de T. infestans en el marco de la interrupción vectorial del Tripanosoma cruzi*.

Cura, E., Segura, E. (1998). Quality Assurance of the Serologic Diagnosis of Chagas Disease. *Panamerican Journal of Public Health*. vol. 3 no 4.

Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud y Acción Social. (1994). Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico Nacional*.

Esquivel, M.L., Salomón, O.D., Segura, E.L. (2000). Evaluation of the transference process of community participation surveillance of Chagas' disease transmission in Argentina. *XXVth International Congress of Tropical Medicine and Malaria, Colombia*.

Lugones, H.S. (2001). *Enfermedad de Chagas. Diagnóstico de su faz aguda*. Santiago del Estero: Ediciones Universidad Católica de Santiago del Estero.

Llovet, I., Díaz, P. (2005). Decentralization and its effects on Public Health Policy and the Chagas Disease. Manuscrito no publicado, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) en Buenos Aires, Argentina.

Llovet, I., Dinardi, G. (2006). Políticas Públicas y Enfermedades Transmisibles: El Impacto de la Descentralización en la Enfermedad de Chagas. *Revista del ITAES*, Buenos Aires, Argentina.

Ministerio de Economía. Presupuestos Nacionales, varios años.

Paulone, I. (1994) Factores socioeconómicos, culturales y ecológicos asociados a las reinfestaciones por *Triatoma infestans* en viviendas rurales de un área de Santiago del Estero bajo vigilancia entomológica. Tesis no publicada, Universidad Nacional del Litoral, Argentina.

PRONATASS, Ministerio de Salud y Acción Social. (1994). *Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud*, Buenos Aires, Argentina.

Sanmartino, M., Crocco, L. (2000). Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. vol. 7, no 3.

Schmunis, G., Pinto Dias, J. C. (2000). La Reforma del Sector Salud, Descentralización, Prevención y Control de Enfermedades Transmitidas por Vectores. *Cadernos de Saúde Pública*. vol. 16 (Sup 2).

Segura, E. (2005) *Redes Sociales para la Vigilancia de la Transmisión del Trypanosoma cruzi (Chagas)*. Ministerio de Salud y Ambiente – CONAPRIS. Buenos Aires.

World Health Organization (2002). *Control of Chagas Disease*. WHO Technical Report Series. no.905. Ginebra.

Yadón, Z; Gurtler, R; Tobar, F.; Médici, A (2006) *Descentralización y Gestión del Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina*. OPS-TDR, Buenos Aires, Argentina.

Zaidemberg, M., Spillmann, C., Carrizo Páez, R. (2004). Control de Chagas en la Argentina. Su evolución. *Revista Argentina de Cardiología*. vol. 72, no 5. Buenos Aires.

Diarios

Diario La Nación.com

Diario El Liberal online

Página 12 (Versión digital)

Legislación

Decreto Ley 22370, Argentina.

¹ Esta ponencia presenta avances de la investigación “Decentralization policies and health system reform in Argentina: its impact on Chagas vector prevention and control” (A 40153), financiado por UNICEF/UNDP/World Bank/WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases (TDR) y que abarca el período 1990-2005.

² Análisis de laboratorio arrojan porcentajes elevados de rechazos de donantes de sangre (7-8%) por seropositividad en servicios de hemoterapia en zonas del área metropolitana de Buenos Aires y 15% en servicios de Santiago del Estero.

³ Santiago del Estero tiene los más altos niveles de necesidades básicas insatisfechas y analfabetismo de Argentina. Cabe notar que el mismo partido político ha dominado la administración provincial durante dos décadas, un partido que a través de un fuerte régimen personalista concentró en sus manos una gran porción de los recursos políticos y económicos. Este tipo de régimen dificultó la implementación de un modelo de administración más racional.

⁴ Ver “El mal de Chagas: un problema latente”, *El Liberal*, 27/08/1999; y “Lugones: El mal de Chagas puede volver”, *El Liberal*, 27/08/1999.