



Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Trabajo social
Trabajo Práctico Final
Tema: “Chagas una enfermedad silenciada”

Asignatura: Medicina Social

Estudiantes: Álvarez Virginia	10108/5
virginia.alvarezr@gmail.com	
Di Lorenzo Julieta	8003/6
Juli_dilorenzo@hotmail.com	
Ibáñez Belén	10128/9
Belen_trabajosocial@hotmail.com	

Docente: Mg. Carina J. Scharagrodsky

Fecha de entrega: 20 de Octubre del 2015

Tema: *Chagas, la problemática de la accesibilidad a la medicación.*

Título: *“Una enfermedad silenciada”*

El presente trabajo apostara a abordar al mal de Chagas, y la accesibilidad a la medicación de los sujetos que padecen esta enfermedad. Esta investigación tomara como muestra a la población del Peligro, partido de La Plata; mediante el análisis de un testimonio de una pobladora con la cual se trabajó en el presente año, esta situación está atravesada por diversas problemáticas, como son la inaccesibilidad a servicios básicos, como a servicios de salud, la precarización laboral y la vulnerabilidad social. Entendiendo que alrededor de la industria de medicamentos hay una gran especulación lucrativa, y que el Chagas alser una enfermedad que aqueja a los sectores populares, no representa un fin lucrativo que justifique una inversión dela industria farmacéutica. A raíz de esto consideramos que son necesarias decisiones políticas que contribuyan a la intervención integral en busca de un tratamiento que garantice el cumplimiento de la salud, entendiéndola como un derecho universal.

Palabras claves: Determinantes sociales- disponibilidad- accesibilidad- mal de Chagas.

No estalla como las bombas, ni suena como los tiros, como el hambre mata callando. Como el hambre mata a los callados: a los que viven condenados al silencio y mueren condenados al olvido. Tragedia que no suena, enfermos que no pagan, enfermedad que no vende. El mal de Chagas no es negocio que atraiga a la industria farmacéutica, ni es tema que interese a los políticos ni a los periodistas. Elige a sus víctimas en el poverío. Las muere y lentamente, poquito a poco, va acabando con ellas. Sus víctimas no tienen derechos ni dinero para comprar los derechos que no tienen. Ni siquiera tienen el derecho de saber de qué mueren.

(Eduardo Galeano)

Introducción

En el presente trabajo apostaremos a realizar un análisis en torno a la falta de accesibilidad con respecto a la medicación para el mal de Chagas, para poder llegar a este nudo problemático primero debemos realizar un análisis de la población afectada por esta enfermedad, las condiciones de vida, de precarización laboral, el origen territorial y social de los sujetos.

Para poder llevar adelante este análisis tomaremos un recorte de la realidad, de las personas que habitan el barrio del Peligro de la localidad de La Plata, nos centraremos en el testimonio de una mujer que padece la enfermedad que nos compartió su experiencia de vida.

Pero todo este análisis resultaría inconcluso sino tomamos en cuenta el papel fundamental que posee la industria farmacéutica, en relación a que esta enfermedad como tantas otras (malaria, fiebre amarilla, tuberculosis) no representan inversiones en términos lucrativos ya que aquejan a los sectores más desfavorecidos del sistema capitalista, estas son conocidas como enfermedades huérfanas.

Otro tema para poder generar una articulación integral, que debemos abordar, son los sistemas de atención primera de la salud, es necesario hacer un análisis en relación a la A.P.S, ya que el caso que abordaremos estrabajado en una unidad sanitaria.

Para poder concretar esta articulación, tomaremos diferentes materiales bibliográficos vistos alrededor del presente año.

Desarrollo

El presente trabajo tomara como unidad de análisis a el Centro de salud N°24, el cual está ubicado en el barrio "El Peligro" siendo esta una localidad de La Plata, que se encuentra situado a 22 Km del centro de la ciudad en la ruta 2 kilometro 44. Según datos de la municipalidad se registran la existencia de establecimientos Hortícolas, Florícolas, avícolas. La zona del peligro se encuentra compuesta por una gran diversidad étnica y cultural que se debe a las inmigraciones internas (provincias del NOA) y de países limítrofes como Paraguay y Bolivia.

El Chagas es una de las endemias más expandidas en América Latina. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, señalan que en todo el mundo, pero principalmente en América Latina, unos 10 millones de personas se encuentran infectadas. En Argentina se calcula que un millón y medio de personas tienen Chagas, o sea un 4% de la población del país. Esto lo constituye como uno de los principales problemas de salud pública.

Hay personas con Chagas en todo el país debido a que además de la transmisión vectorial, las migraciones humanas y la existencia de otras vías de transmisión distribuyen la enfermedad a lo largo de todo el territorio.

El Chagas se encuentra en aquellas zonas del país donde hay vinchucas, aunque los movimientos migratorios han generado un aumento de infectados en lugares donde no se encuentra el insecto. Por eso sólo hay vinchucas en algunas provincias, pero la enfermedad de Chagas existe en todo el país.

Las provincias de Chaco, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, San Juan y Mendoza son consideradas de alto riesgo para la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliaria y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables. A pesar de ello, las 24 jurisdicciones poseen riesgo de transmisión congénita derivado de las migraciones internas e internacionales de países vecinos con elevada endemidad ya sea que cuenten o no con la presencia de vinchucas.

La infección también se puede adquirir mediante transfusión de sangre, transmisión congénita (de la madre infectada a su hijo) y órganos donados, aunque estos son menos frecuentes.

“Esta patología es endémica en 21 países de las Américas, aunque las migraciones de personas infectadas pueden llevarla a países no endémicos de América y el mundo.”

Para poder ubicar como se aborda el tratamiento de esta enfermedad endémica en nuestro país, primero debemos reconstruir históricamente el devenir de la atención primaria en salud, durante la década de los setenta se produce una conferencia internacional sobre la Atención Primaria de la salud. En la cual todas las naciones participantes definieron a la APS como la forma de trabajar por las coberturas de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral y progresista pero a través de diferentes campañas internacionales de instituciones públicas se fue cuestionando los principios de la APS, llegándola a dismantelarla y pasando a conformar la APS de manera selectiva y focalizada en la intervención a grupos de alto riesgo y con una intervención más limitada. Los centros de atención primaria de la salud que conocemos en la actualidad, funcionan de manera más selectiva y con determinados programas y proyectos orientados a una población recortada y focalizada considerada “vulnerable”.

A partir de la década de los noventa, en nuestro país se han implementado políticas neoliberales y planes de ajuste recomendados por organismos internacionales, reduciendo el gasto público que han afectado a diversas áreas como educación, trabajo y también en el sector salud. Este último está relacionado a la “segunda reforma del Estado”, dejando de lado los sistemas únicos de salud públicos. Según la autora Cristina Laurell plantea que esta reforma enfoca “...la salud principalmente como un problema económico y los servicios médicos como un bien a ser consumidos por los individuos...” (Laurell, Asa Cristina.2001; 80). El estado comenzó a reducir su intervención sobre los problemas sociales, dando paso al mercado y a políticas internacionales que dictaban estrategias frente a la crisis económica. Las políticas implementadas por esos años han sido focalistas, fragmentarias y asistencialistas. Abandonando el concepto universalista y focalizando en los sectores más vulnerables de la población.

Si bien, el programa de “Chagas” diseña una estrategia de trabajo destinada a la prevención y el tratamiento de alcance a toda la comunidad, programando estrategias de promoción, en el centro de salud analizado, ello no ocurre. Su implementación es de manera escasamente preventiva, ya que a veces no hay recursos disponibles. En dicho centro hay escasa información sobre la existencia del programa y cómo debería ser implementado realmente. Además, una de las propuestas del programa es que aquellos

referentes que trabajen en los sectores de salud deben mantener capacitación para poder implementar de manera acorde la propuesta de trabajo. Según la persona entrevistada ello tampoco sucede. Es más, se dio poca información, materiales y recursos para que ello suceda. Pero ¿Cómo entendemos estos términos? por promoción de la salud se entiende “...de manera más amplia que prevención, pues se refiere a las medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial (...) salud considerada como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores, entre otros: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación (...) el derecho a la salud significa la garantía, por parte del Estado, de condiciones dignas de vida y de acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, en todos sus niveles, a todos los habitantes del territorio nacional, produciendo el desarrollo pleno del ser humano en su individualidad.” (Czeresnia 2006; pág. 6).

Esto nos lleva a analizar que para conseguir un buen nivel de salud son necesarios el cumplimiento de muchos otros determinantes, en el caso del CAPS estos no están garantizados, retomando a Berlinguer (2007), “en cualquier sociedad dada, la incidencia de la enfermedad está determinada mayormente por factores económicos... una baja calidad de vida, falta de comida, ropa y combustible malas condiciones de vivienda y otros síntomas de pobreza han sido siempre las mayores causas de la enfermedad.” (pág.1)

No podemos dejar de lado esta afirmación a la hora de hablar sobre el mal de Chagas, ya que el contexto social de la gente que lo padece es esencial a la hora de poder analizarla en su totalidad, porque como veníamos afirmando, la inmensa mayoría de los sujetos que conviven día a día con esta enfermedad proviene de los sectores más desprotegidos por nuestra sociedad. No nos podemos quedar meramente con un análisis biomédico.

La endemia¹ del Chagas no se debe reducir solamente a buscar una cura definitiva, es la realidad de la zona del Peligro, quien pone al descubierto diversas problemáticas, que poco se demuestra o intenta resolver, con la complicidad y el silencio de muchos, por eso no consideramos que el chagas sea una enfermedad silenciosas

¹Término que denota la presencia habitual de una enfermedad o un agente infeccioso en una determinada zona geográfica o grupo de población.

como tanto se pregona, sino que es una enfermedad silenciada.

La tecnología provocó y nos fue llevando a que el enfoque en relación a esta enfermedad sea sólo desde la biología, pero hemos olvidado que el Chagas representa un problema social como lo plantea el autor "Para lo que se suele llamar ideología biomédica dominante, las causas más importantes que generan los principales problemas de salud tienen que ver con los problemas genéticos con "elecciones individuales" como las malas prácticas dietéticas o el hábito de fumar o la mala calidad de los servicios sanitarios (...), en realidad las causas fundamentales hay que buscarlas precisamente en determinantes sociales de la salud. (...) Se debe poner el acento en las causas de las causas, siendo estos los factores sociales, económicos, culturales y políticos que precisamente anteceden a la generación de esas causas más próximas al organismo." (Benach; Muntaner 2009:23)

Siguiendo la misma línea del autor un problema social ligado a condiciones habitacionales vulnerables, representa así un papel decisivo en la transmisión, ya que esta enfermedad afecta particularmente a individuos que habitan en zonas rurales ligadas a la pobreza.

El mal de Chagas se relaciona con el desarrollo económico y social, por lo cual persistirá mientras existan los determinantes sociales que reproducen y encubren esta enfermedad, como lo son: viviendas de mala calidad, familias con bajos ingresos monetarios que imposibilitan las mejores con respecto a las condiciones de vida y vivienda. Esto provoca que la mayor incidencia de la enfermedad se concentre como se dijo con anterioridad en zonas caracterizada por su pobreza, esto nos lleva a afirmar que *"La salud no se elige libremente. La salud comunitaria y la salud pública no dependen por tanto solo de la suma de las elecciones libres e individuales de las personas, sino también, en gran medida, de los múltiples condicionantes y necesidades sociales que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de las poblaciones. De hecho, hoy en día, tres cuartas partes de la humanidad no dispone de la opción de elegir "con libertad" factores relacionados con la salud tan importantes como son seguir una alimentación adecuada o vivir en un medio laboral y ambiente saludable. La salud no la elige quien quiere, sino quien puede."* (Benach; Muntaner 2005:23)

También es importante mencionar que se suman aquellos condicionamientos de carácter político, en donde esta enfermedad pasa a constituirse no sólo en una enfermedad de la pobreza, sino en un mecanismo de ocultamiento y exclusión, el mal de Chagas, al ser una

Comentario [s1]: Los autores

de las principales enfermedades que azotan principalmente a las poblaciones más pobres del planeta, y que por tanto, por caracterizarse así no representan un fin lucrativo que justifique una inversión de la industria farmacéutica en investigación como también en el desarrollo de nuevos medicamentos para su tratamiento. Esta enfermedad como tantas otras está caracterizada por ser una enfermedad olvidada o negligentemente olvidada esto muestra en términos de soberanía sanitaria cómo el interés económico genera no sólo una falta de inversión en patologías que amenazan masivamente a la región como el Chagas, sino que aun el actual arsenal terapéutico pierde interés generando el fenómeno denominado de drogas huérfanas. La capacidad de la producción pública de medicamentos de asumir el desafío de sostener la producción de esta droga resulta de alto interés sanitario y muestra una vez más cómo la participación del sector privado en la salud sólo construye sus nichos de rentabilidad si consigue trasladar al sector público los segmentos no rentables de la responsabilidad sanitaria.

A pesar de los increíbles adelantos de la ciencia y de la medicina, la sociedad no ha dedicado recursos suficientes para luchar contra las enfermedades que azotan en especial a las poblaciones de los países pobres. El vacío en el ámbito de las enfermedades olvidadas y muy olvidadas se traduce en que el personal sanitario de los países en vías de desarrollo aún no dispone de medicamentos eficaces para curar enfermedades que ven a diario.

A partir de lo explicitado con anterioridad, la enfermedad de Chagas brinda un claro ejemplo de la ineludible necesidad de encontrar y articular diversos puntos de conexión entre lo médico y lo social, que a menudo circulan por caminos separados, posibilitando así un abordaje desde el paradigma médico-social.

Consideramos a la salud como derecho, enmarcada dentro del género de los derechos sociales, y está convalidado en diversos tratados internacionales de derechos humanos, como también en las constituciones de los países de todo el mundo. Se encuentra también integrado por un conjunto de diversas obligaciones que deben estar garantizadas por el Estado, dispuesto a asegurar el acceso a la atención de la salud de todos los seres humanos del mundo. *“Es fundamental entender que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, que son los gobiernos y la comunidad internacional quien tiene la obligación de velar por la realización progresiva del derecho a la salud y el control de las enfermedades; y la creación de las condiciones necesarias para garantizar el*

acceso a los establecimientos, productos y servicios de salud” OPS

Es importante señalar que cuando se habla de las condiciones que hacen referencia a las disponibilidades que deben ser garantizadas por el servicio de salud, hacen referencia también a las condiciones de trabajo saludables y seguras, una vivienda adecuada y alimento nutritivos para un buen desarrollo. Es relevante mencionar esto ya que el concepto de salud no solo remite a estar sano, sino que hay muchos determinantes que inciden en el término de salud. “Los determinantes sociales conforman por tanto un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva, a la salud pública. Se trata también de un concepto que reconoce que enfermamos y morimos en función de la desigual forma en que vivimos (...).” (Benach; Muntaner 2009:22)

Los habitantes de la zona del peligro no cuentan con sus necesidades básicas satisfechas, no presentan una vivienda adecuada que les asegure un ambiente sano para un buen desarrollo. Siendo estas condiciones no satisfechas un factor fundamental a la hora de hablar del mal de Chagas. Es la vulneración de los derechos de todo sujeto, el eje de partida para la creación de estrategias de intervención del trabajo social, en contextos como lo es la salud.

Creemos importante el abordaje del mal de Chagas desde el trabajo social, ya que creemos necesario lograr una profunda indagación de la problemática pero no fragmentándola y reduciéndola solo a los aspectos biológicos, sino a través de una visión integral, incorporando la problematización y comprensión de los determinantes sociales como esenciales en el análisis de la contingencia de dicha enfermedad. Entre el concepto de salud y los determinantes sociales existen múltiples variables que para su explicación como lo es la clase social, la ubicación territorial, ingreso económico, etc.

En la mayoría de los análisis se observa una mirada reduccionista, se ve al Mal de Chagas desde un determinado ángulo, desconociendo la realidad y el contexto en el que vive la comunidad..

La historia de vida que tomaremos como articuladora del material teórico es la situación de una mujer de 34 años de nacionalidad Boliviana, que se entera que padece esta enfermedad a raíz de su embarazo donde se le realiza el examen, cuando se entera debido al propio embarazo no puede dar comienzo a su tratamiento, asique lo posterga hasta la fecha, 8 de agosto del 2015, es una mujer analfabeta su marido también es analfabeto y tiene dudas de si es portador de la enfermedad. La pareja tiene dos hijos

uno de 7 años y otro de 6 meses (ninguno de los dos hijos es portador ya que se pudo llevar adelante el tratamiento, pero es importante tener en cuenta que su hijo de 7 años todavía no entro en el sistema escolar, por cuestiones familiares y laborales ya que el también aporta en el trabajo en la quinta).

Con los controles que ha empezado a hacerse se puede demostrar que no tiene otras enfermedades, pero necesita poder realizarse más estudios médicos para poder dar inicio al tratamiento del Chagas. Aunque en las diversas visitas domiciliarias ella nos comenta que se le va a dificultar poder realizarse todos los estudios por su trabajo, ya que en las quintas tiene una jornada laboral de aproximadamente 12 horas, y tampoco puede mantener la alimentación requerida a la hora de tomar la medicación. Sumándole a esta situación el cuidado de sus dos hijos, y los viajes que debe hacer a lo largo del año para visitar a su familia a Bolivia.

Otro dato que es importante resaltar es que los dos sujetos tanto la mujer de 34 años como el marido de 36, sienten que el trabajo que ahora están realizando es "liviano" en relación a las condiciones laborales que mantenían en Bolivia, él era minero, y ella se hacía cargo de toda su familia con la costura. A raíz de este relato podemos ver el pauperismo social en el que un enorme porcentaje de los pobladores del peligro viven y el cual es un factor fundamental para comprender a la enfermedad, y la falta de continuidad con el tratamiento, como plantea Carrillo "Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas."

También a través del relato de la mujer se puede visualizar la triple explotación que sufren las mujeres, ella además de trabajar en la quinta como productora también debe hacerse cargo de sus hijos y de su hogar, la mujer, además de ser explotada en su situación de trabajo formal, también realiza un trabajo suplementario, como son las tareas domésticas y la crianza de los hijos, que no le es pagado. Es decir, realiza un trabajo suplementario gratuito. Por ello, la mujer trabajadora está sometida a una triple explotación en el sistema capitalista: como obrera, como ama de casa y como madre.

Conclusión

Durante la entrevista con Hilda la mujer Boliviana que padece Chagas se puede inferir que en el centro de Salud N^o 24a pesar de la implementación de La ley 26.281 de Prevención y Control del Chagas el cual mantiene la postura de prevenir la enfermedad, partiendo de brindar información adecuada a la población para que acceda a los conocimientos y medicación para la misma, en este Centro de Salud particularmente ello no ocurre. La información es escasa y sólo se atiende la prevención mediante algún panfleto pegado en la salita que explica el contagio, pero los recursos son escasos ya que en el caso de trabajar alguna situación de Chagas no hay medicación y en general, si llega esta vencida. Así como también podemos ver que en el caso de que se tenga acceso a la medicación correspondiente, no están dadas las condiciones necesarias para tomarlo. Por lo que el tratamiento no se podría realizar de manera adecuada, ni eficiente.

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que es una responsabilidad del Estado en capacitar a trabajadores de la salud como así también brindar los recursos materiales necesarios. Es una obligación de los diferentes centros de salud y hospitales públicos de todo el país en que se implemente de manera adecuada dicho Programa. Es el Poder Ejecutivo quien debe desarrollar intervenciones que permitan dar respuesta preventivas y de tratamiento de índole ambiental, sanitaria, educativa y de vivienda y hábitat saludable así como la ley lo promueve. Ya que tanto los hombres como las mujeres tienen derecho a la salud, dado que la salud es un derecho humano fundamental que tiene que ser cumplido.

Bibliografía

- Barri, Horacio. (2004). "La problemática del medicamento". Ponencia del 1er Encuentro Latinoamericano de los Pueblos". Córdoba.
- Benach Joan y Muntaner Carles. (2009). "La epidemiología global de desigualdad tiene su origen en la crisis socio ecológica del capitalismo" En: Ecología Política: No37, junio de 2009, Barcelona.
- Benach Joan y Muntaner Carles (2005). "La diferencia no es desigualdad". En aprender a mirar la salud. ¿Cómo la desigualdad daña nuestra salud? Cap.2. IAESP. Venezuela
- Berlinguer, Giovanni (2007) "Determinantes sociales de las enfermedades". En. Revista cubana de Salud Pública v.33(1): 1-14
- Comes, Y col. (2006). "El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacionar entre población y servicios". En: Anuario de Investigaciones Volumen XIV: 201-201. Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires.
- Czeresnia, D. (2006) "el concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En "promoción de la salud conceptos, reflexiones, tendencias".
Czeresnia D y Machado de Fretas C. compiladores. Lugar editorial. Buenos Aires.
- Iriart, Celia; Waitzkin, Howars;..... (2002). "medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos" En: Revista Panamericana de Salud Pública. V. 12 (2):128-136
- Laurell, Asa Cristina (2006) "Los proyectos de salud en América Latina. Dos visiones dos prácticas". En Voces en el Fenix . año 2, nº 7. En estado crítico. Agosto de 2011. Facultad de Ciencias Economicas-UBA.
- Ley de Chagas 26.281 Programa Nacional de Chagas. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina.
- OPS / Ministerio de Salud de Perú. (2010). "el concepto de medicamentos esenciales". Capítulo 2 En: Selección de Medicamentos esenciales. Lima. Peru
- <http://www.msal.gob.ar/chagas/index.php/informacion-para-ciudadanos/el-chagas-en-el-pais-y-america-latina>