

TRABAJO FINAL DOMICILIARIO 2013

Soy la caja de TIF Chagas ¿Qué quiere Usted de mí?

Lo que la norma oculta

Silvana Lara

silvanalara_berisso@hotmail.com

María Cecilia Girard Bosch

mceciliagb@yahoo.com.

Diana Haiek

dianasilviahaiek@yahoo.com.ar

RESUMEN

Este trabajo pretende revisar cuestiones acerca de las representaciones que sustentan las prácticas en salud, específicamente en un laboratorio de análisis clínicos del subsistema público, por ser éste nuestro ámbito de trabajo. Tomamos a la enfermedad de Chagas como paradigma para referirnos a la salud como capacidad, a la enfermedad y sus condicionantes socioeconómicos. La racionalidad científica como forma de conocimiento y la norma como necesidad de limitar la realidad. El negocio del diagnóstico y el tratamiento. Finalmente tratamos la cuestión de la enfermedad como peligro y las intervenciones de los organismos internacionales en la definición de las políticas de estado.

15 de octubre de 2013

“...el pensamiento es un combate con y contra la lógica, con y contra el concepto”

Nuestro trabajo refiere a los sistemas de salud. Y si es que los hay, podríamos calificarlos como múltiples y complejos, y por qué no como híbridos, en concordancia con nuestra problemática contemporaneidad.

Nuestro trabajo no pretende formar parte de los ámbitos académicos. Tan sólo quiere ser una reflexión, íntima pero a la vez compartida.

Nuestro trabajo nos permite soñar con la interdisciplinareidad, con la toma de conciencia, la criticidad, y con un permitirnos ir más allá de lo ya dicho, de los lugares comunes, con dejarnos sorprender por lo cotidiano.

Queremos intervenir provocando y que nuestra provocación se convierta en desafío, en un camino posible. Ya que entendemos, que solo a través de la pregunta, la provocación, el “mover la estantería”, logramos cambiar, dejar de formar parte de “la planta” del hospital.

Nuestro campo profesional está inscripto en el campo de la salud, en el campo de lo social, en el campo de lo político, en el campo de lo académico y también en el de lo económico. Es el trabajo diario el que renueva nuestra mirada. Mezcla de esfuerzo y satisfacción, aciertos y frustraciones, acuerdos y discusiones, cambios y volver atrás.

Salud y capacidades, sistema y luchas del campo, enfermedad como señal ¿de qué?, ¿para quiénes? ¿Qué pasa cuando las certezas se desdibujan y ya no lo son tanto?

Nos proponemos revisar las prácticas al interior del sistema de salud, partiendo de nuestra experiencia laboral en el hospital público (trabajo etnográfico) y el marco teórico a los autores propuestos por la cátedra.

Mal de Chagas-Mazza es un pretexto, el disparador a partir del cual intentaremos llevar a cabo una reflexión crítica sobre nuestros propios procedimientos.

La salud y la enfermedad son formas a través de las cuales se manifiesta la vida. Corresponden a experiencias singulares y subjetivas, imposibles de ser reconocidas y expresadas íntegramente por la palabra. ¹

La salud no es un asunto que se pueda delimitar; no se traduce en un concepto científico. Por más que el concepto tenga potencial explicativo y pueda ser operante, no es capaz de expresar el fenómeno en su integridad, o sea, no es capaz de “representar” la realidad. La salud no tiene realidad propia.

La salud se expresa en capacidades biológicas, psicológicas y sociales, que no pueden aislarse en la vida cotidiana, aunque las distorsiones del sistema lleven a tabicamientos disciplinarios. El desarrollo de las capacidades de salud depende del conjunto de acciones específicas sobre la salud-programas médicos, educacionales, culturales, sociales, recreativos o políticos- y las condiciones económico- sociales y culturales.²

Entendemos a la salud como una posible meta colectiva. La salud es un derecho universal que puede contribuir a generar condiciones de unidad para favorecer los cambios sociales.

En cuanto al concepto de enfermedad, se constituyó a partir de una reducción del cuerpo humano. La “enfermedad” es concebida como si estuviera dotada de existencia propia, externa y anterior a las alteraciones concretas del cuerpo de los enfermos. El cuerpo es desvinculado, de esta forma, de todo el conjunto de relaciones que constituyen los significados de la vida, no considerándose que en la práctica médica se entra en contacto con personas y no sólo con sus órganos y funciones (Canguillem) ³

La enfermedad de Chagas, endémica en nuestra región, es una parasitosis fuertemente relacionada con factores socioambientales. La mayoría de los afectados son asintomáticos y muchos de ellos nunca desarrollarán los síntomas de la enfermedad. Esto la ubica en un lugar de confrontación entre los diferentes actores sociales que intervienen en su prevención, diagnóstico y tratamiento.

La problemática de la enfermedad de Chagas excede el marco bio-psico-social, dado que involucra factores de poder político y económico, por lo cual pasa a constituirse no sólo en una tradicional enfermedad de la pobreza, sino en un paradigma de los mecanismos de ocultamiento y exclusión como forma de discriminación social y laboral.⁴

MAL DE CHAGAS, NUESTRA ENFERMEDAD DE LA POBREZA.

¹ Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

² Weinstein, L. El concepto de Salud

³ Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

⁴ Storino, R. La cara oculta de la enfermedad 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 políticos ni a los periodistas”
Eduardo Galeano

La relación entre los seres humanos y el medio ambiente ha sido y sigue siendo crucial para determinar el impacto de la enfermedad sobre la sociedad humana.

En el siglo XIX Virchow, que fue un científico alemán de la medicina y la biología determinó:

...que la pobreza era la incubadora de las enfermedades, y que era responsabilidad de los médicos el apoyar aquellas reformas sociales que redificaran la sociedad de acuerdo con una pauta más favorable a la salud del hombre

Según Virchow, los casos individuales eran solo un pequeño aspecto de la medicina. Era más importante el control de las enfermedades colectivas que exigían acción social y si fuera necesario política.⁵

El siglo XIX fue testigo del gran movimiento sanitario cuya teoría y práctica se basa en los intentos de recobrar algunas de las cualidades de los tiempos antiguos para una sociedad corrompida por la civilización.⁶

Si bien en el siglo XIX la mejora de la dieta y las mejoras medioambientales influyeron para reducir el impacto de las enfermedades infecciosas, en todo el mundo, la pobreza y las malas condiciones de vida siguen siendo una de las principales causas de enfermedad.⁷ En gran parte del mundo las enfermedades de la pobreza siguen predominando.

La enfermedad de Chagas es en este sentido paradigmática. Es considerada una enfermedad de la pobreza, está directamente relacionada con las precarias condiciones de vida de quienes la padecen.

El 80% de los contagios se producen por la picadura de la vinchuca o chinche, que anida en las casas de los más pobres. Así mismo, el aislamiento de estas poblaciones dificulta su acceso al diagnóstico y el tratamiento.

⁵ Dubos, Rene. El espejismo de la salud. FCE, México.1956, pag 162

⁶ Op cit.Pag 164

⁷ Ponting, Clive.Historia verde del mundo. Paidós. Madrid. 1995

La vinchuca se oculta en las paredes agrietadas de las casas y en los techos de paja. Por la noche se deja caer sobre las personas y se alimenta de su sangre. El 80% de los contagios se produce por la picadura de este insecto que porta en sus intestinos un parásito denominado 'Tripanosoma Cruzi'. Cuando éste se introduce en el cuerpo humano, pasa de la sangre a los tejidos internos y hasta un 40% de los contagiados sufre daños irreversibles en el corazón, esófago, colon y sistema nervioso. Los síntomas de estas lesiones pueden tardar años en aparecer por lo que la enfermedad puede estar oculta durante mucho tiempo. Otra vía de contagio es durante el embarazo, de la madre al hijo, o por transfusiones de sangre infectada.

La mayoría de las personas adquieren la enfermedad sin darse cuenta. 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. Puede afectar el corazón o el sistema digestivo de las personas que la padecen, produciendo diferentes grados de invalidez o inclusive la muerte.

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.

Los programas nacionales de control de Chagas en la región se han centrado prioritariamente en actividades de control del insecto que transmite la infección.

Sin menoscabar la importancia de esas acciones, consideramos que las personas que sufren la enfermedad deben estar en el centro de estas intervenciones para garantizarles su atención y tratamiento.

Casi un siglo después del descubrimiento de esta enfermedad parasitaria exclusiva de América Latina, la mayoría de los infectados sigue sin acceso a diagnóstico y tratamiento.⁸

ACTORES, CONFLICTOS E INTERESES.

⁸ Breve comentario acerca del Reconocido libro de Médicos sin Fronteras "Chagas, una tragedia silenciosa". Fuente: Médicos Sin Fronteras, Chagas una tragedia silenciosa, Ed. Losada, Barcelona, 2005. <http://www.msf.es/>

La problemática de la enfermedad de Chagas excede el campo de las ciencias médicas para constituirse en un asunto que nos involucra desde lo social, lo cultural y también desde lo político.

El aislamiento, marginación y olvido que sufren los individuos afectados por esta enfermedad involucra a todas las estructuras de poder. Esta situación compromete no sólo a los afectados directos al problema, como los pacientes-enfermos y los médicos-investigadores, en el marco de un Estado desertor de la salud pública, sino a los medios de comunicación, a la industria farmacéutica/de diagnóstico y a la sociedad toda, los cuales, por tratarse de una enfermedad que afecta a pobres e indigentes, prefieren darle la espalda e ignorar la realidad.⁹

Todos contribuyen en alguna medida a mantener cierta indiferencia en solucionar definitivamente el problema. El marco dominante es el intento de cada sector por privilegiar sus propios conflictos de intereses.

El Estado ocupándose a través de sus funcionarios en minimizar el problema, los investigadores con su actitud de priorizar sus becas y subsidios, los médicos desinteresándose por una enfermedad que afecta a pacientes pobres, los portadores serológicos chagásicos ocultando su situación por sus experiencias de exclusión laboral, los enfermos chagásicos desprotegidos del sistema de seguridad social, la sociedad indiferente, los medios de comunicación ausentes, y la industria farmacéutica desertando de la investigación de nuevos fármacos por la escasa rentabilidad, forman el abanico del fracaso, constituyéndose en factores determinantes de la perpetuación de esta enfermedad.¹⁰

Por lo tanto, debe encararse una tarea conjunta, en la que las acciones se implementen en medidas concretas que fortalezcan el desarrollo y la participación de la comunidad, enfocando la atención médica integral del paciente chagásico, implementando centros de estudio y control de la enfermedad de Chagas en todos sus aspectos, especialmente en la inserción laboral, modificando la situación de marginación y olvido que padecen millones de chagásicos víctimas de una enfermedad de la pobreza, agravada por su ocultamiento.¹¹

EL CAMINO DE LA NORMA

⁹ Storino, R. La cara oculta de la enfermedad de Chagas

¹⁰ Storino, R. La cara oculta de la enfermedad de Chagas

¹¹ Op cit

El desarrollo de la racionalidad científica, en general, y de la medicina, en particular, ejerció un significativo poder en el sentido de construir representaciones de la realidad, desconsiderando un aspecto fundamental: *el límite de los conceptos en la relación con lo real*, en particular para la cuestión de la salud, el límite de los conceptos de salud y enfermedad, referentes a la experiencia concreta de salud y de enfermar.¹²

En el caso particular de la medicina fue también considerada arte; no obstante en su desarrollo histórico, tendió hegemónicamente a identificarse con la creencia de la omnipotencia de una técnica basada en la ciencia.

La ciencia y sus principales agentes del conocimiento científico, los investigadores, han proporcionado grandes adelantos en la comprensión de los múltiples aspectos de la enfermedad de Chagas. Esto ha contribuido a incrementar, en una dimensión importante, el acervo del conocimiento de los factores involucrados en el desarrollo de la endemia chagásica, desde la ecología y epidemiología del vector, pasando por la biología del parásito, hasta el diagnóstico, estudio y tratamiento del paciente. Por lo tanto, en la actualidad sabemos mucho más sobre la enfermedad, en todos sus aspectos, que lo conocido en décadas pasadas; y mucho ha tenido que ver, en este sentido, el aporte científico de los investigadores de distintas disciplinas.

Sin embargo, existe una brecha muy grande entre este progreso en el conocimiento y su aplicabilidad en el paciente chagásico, ya sea este sólo serorreactivo "portador" o enfermo, dado que la mayoría de los programas y proyectos de investigación lo incluyen casi tangencialmente. En la mayoría de los casos los pacientes han estado al margen de los beneficios científicos debido a que muchos de los aportes han sido logrados por las ciencias básicas, con la consecuente escasa aplicabilidad, y en el caso de investigaciones médicas, por la falta de recursos económicos para usarlos.

De manera tal que, más allá de las buenas intenciones de los investigadores, ha existido un divorcio entre la tarea científica y su aplicabilidad concreta en beneficio del paciente chagásico. Por lo tanto, en el futuro no sólo deberán replantearse las líneas de investigación sino también el impacto real que tiene sobre el enfermo chagásico todo el dinero que se invierte investigando en su nombre.¹³

EL LABORATORIO EN EL DIAGNÓSTICO. NORMAS E INCERTIDUMBRE.

¹² Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

¹³ Storino, R. La cara oculta de la enfermedad de Chagas

La mayoría de los afectados por Chagas desconoce que están contagiados. Diagnosticar esta infección es posible, aunque se requieren técnicas de laboratorio que hasta ahora resultan inalcanzables en muchos lugares de Latinoamérica.

¿Por qué es importante realizarse el análisis de Chagas?

Como en muchos casos esta enfermedad no presenta síntomas, el análisis es el único modo de detectar si la persona está infectada para que pueda recibir tratamiento y curarse.

¿Quiénes se tienen que hacer el análisis?

Las mujeres embarazadas, ya que si tienen Chagas se lo pueden transmitir a sus bebés durante el embarazo. Sólo algunos bebés de estas madres pueden nacer infectados.

Los hijos de mujeres que están infectadas. No sólo es imprescindible realizar el análisis al recién nacido, sino también a todos sus hermanos.

Las personas que viven, vivieron o viajan seguido a lugares de nuestro país donde hay vinchucas¹⁴

Los bioquímicos y técnicos que integramos el sistema de salud formamos parte de la cadena que interviene en llevar a cabo el diagnóstico de la "enfermedad". En el caso particular de la ciudad de La Plata somos egresados de la facultad de Ciencias Exactas, lo que le suma un "plus de racionalidad" a nuestra forma de entender la realidad.

Refiere Czeresnia que

el pensamiento científico moderno tendió a la reducción, atribuyéndose el desafío de alcanzar el máximo de precisión y objetividad por medio de la traducción de los acontecimientos en esquemas abstractos, calculables y demostrables. El lenguaje matemático sería capaz de expresar las leyes universales de los fenómenos. Los elementos de los acontecimientos que las palabras - o más precisamente, los conceptos científicos - no conseguían alcanzar, tendieron a ser vistos como error o anomalía. El significado de la palabra objetiva se presentó en sustitución a la propia cosa, cuyo aspecto sensible era considerado como inexistente.¹⁵

Nuestra tarea específica es llevar a cabo el diagnóstico de la fase crónica, mediante la detección de anticuerpos específicos anti *Tripanosoma cruzi* en sangre. Los métodos serológicos que detectan anticuerpos específicos emplean antígenos de composición muy variable y ninguno alcanza por sí solo el 100 % de efectividad en el diagnóstico.

¿Por qué no existe al día de hoy un método de diagnóstico mejor, como si lo hay para otras enfermedades infecciosas como toxoplasmosis, hepatitis virales, citomegalovirus, etc.? ¿Será porque éstas son cosmopolitas y por lo tanto la industria de diagnóstico hace muchos años genera ensayos que mejoran de generación en generación ya que les son muy redituables?

¹⁴ Ministerio de Salud de la Nación

¹⁵ Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

El Instituto Nacional de Parasitología, dependiente de la Administración Nacional de laboratorios e Institutos de Salud, posee la facultad de revisar y actualizar las normas de diagnóstico según lo establece la Ley de Chagas 26281 y su reglamentación.

Se deben realizar "al menos dos pruebas de principios distintos que detecten anticuerpos diferentes, en simultáneo, sobre la misma muestra de suero"¹⁶

En el caso de encontrar resultados "No concordantes" entre las dos pruebas serológicas empleadas se recomienda efectuar una tercera reacción serológica para su resolución.

En la norma se explicitan duplas serológicas que en conjunto garantizarían un rango de sensibilidad considerado apropiado. Los cuatro métodos sugeridos poseen distintas características. Se incluyen algunos que tienen la posibilidad de realizarse en forma automatizada, con conexión a un sistema informático que permite la identificación de las muestras con código de barras y la transmisión de los resultados. Otros son métodos manuales que requieren de tecnología más o menos sofisticada y que necesitan operadores con relativa experiencia. Dentro de estos últimos se incluye el test de inmunofluorescencia indirecta (IFI/TIF).

El resultado serológico reactivo es indicativo de infección y no del estado clínico del paciente. El mismo sirve de orientación al médico junto con el examen clínico y los antecedentes para conocer el estado de salud del paciente.

En el caso particular de nuestro laboratorio la mayor parte de los estudios solicitados corresponden a la pesquisa serológica de recién nacidos y pacientes prequirúrgicos/ pretransfusionales. Se maneja un gran número de muestras que corresponden a pacientes con diferente compromiso de su estado de salud. Tenemos especial consideración en los tiempos en relación a la emisión del informe del resultado, por lo cual nos inclinamos a la realización de técnicas automatizadas que permiten el procesamiento en el mismo día de la extracción de la muestra. Esto forma parte de nuestro modo de concebir la atención dentro de un sistema más amplio, del cual formamos parte. Para nosotros la "inversión en Salud" debería considerar no sólo los costos de los reactivos, sino que fundamentalmente debería cuestionarse acerca de la pertinencia de la valoración del resultado en tiempo y forma para la atención del paciente, que es lo que en definitiva sustenta nuestra labor técnica. De nada sirve un resultado para nadie.

Parte de nuestra responsabilidad es la solicitud de los insumos que consideramos necesarios y apropiados para llevar a cabo el diagnóstico. El sistema de compras es por licitación y tiene un riguroso control ministerial, que según la gestión, recorta los pedidos e incluso tiene la facultad de rechazar la compra de alguno de los reactivos/equipos solicitados.

¹⁶ I.N.P."Dr Mario Fatała Chabén" Normas para el diagnóstico de la infección por *Tripanosoma cruzi*. Versión preliminar en revisión.2012

Es en momentos recortes y de falta de insumos, cuando emergen cuestiones al interior del equipo, que ponen en evidencia diferencias de criterios, no sólo técnicos propios de la especificidad profesional, sino en los modos de entender las políticas de Salud, concebir el Estado, e interpretar y acatar las Normas. En estos momentos tambalean las certezas, las prácticas diarias y la identidad del grupo se vulnera, nos transmutamos en un no-yo, otro que se anima a cuestionar la certeza de lo que se “hace bien” o se “hace mal”. Cae la referencialidad de la experiencia, de lo hecho diariamente, que incluye acuerdos implícitos entre los distintos integrantes, más allá del Laboratorio.

Se rumorea la Norma. Compra directa y llega la caja de TIF Chagas. Ahora sí.

- Estoy en esta heladera. Soy la caja de TIF Chagas, y llegué para quedarme (tal vez para aquietar conciencias)

Pasan los días y el equipo empieza a dudar, a desconfiar del otro, a cuestionar el presente y el pasado. Certezas y presiones entre un algo que no termina de pasar.

-Soy la caja de TIF Chagas ¿Qué quiere Usted de mí?

Decidimos que se quede. En primera fila. Adelante y bien prolija. Que es mejor no usarla. ¿ Y el diagnóstico?. ¿Para quién? ¿Para los pacientes? ¿o para la Norma?...

Este hecho nos sirvió de punto de partida para evidenciar como el pensamiento de los trabajadores de la salud en el laboratorio, con una fuerte formación en las ciencias exactas y médico/biológicas, se somete a la referencialidad de lo que se genera como normativa, elevándolo a un plano de abstracción tal que anula las propias subjetividades.

Nuestra época se caracteriza por la irrupción de nuevas tecnologías, nuestro campo profesional ha sido particularmente fértil en este sentido. Por otro lado somos un centro de salud de referencia dentro de la jurisdicción, con la particularidad de ser un hospital que nació para atender la demanda espontánea de la población y sin perder estas características se transformó en un centro de atención de alta complejidad, que tiene la particularidad de recibir consultas en un 50% aproximadamente relacionadas a APS. Somos además un hospital escuela. Nuestra realidad es cambiante y compleja. Nuestras decisiones deben adaptarse a la fluidez de los acontecimientos.

En general, las normas están elaboradas por centros de referencia, en conjunto con empleados que, si bien tienen formación en las ciencias médicas, llevan a cabo sus funciones en áreas administrativas. Por otro lado, las reglamentaciones deben adaptarse a los diferentes ámbitos donde se llevan a cabo las prácticas en relación a la salud-enfermedad, en los distintos niveles de atención. Estas circunstancias deben ser tenidas en cuenta al momento de la interpretación.

En relación a lo sucedido, nos parece importante tener en cuenta otra reflexión hecha por Czeresnia:

La circunscripción a un plano de referencia es necesidad que se impone en la construcción científica. Es en el interior del límite donde se hace posible la explicación...Asumir el dominio limitado del pensamiento científico constituye una habilitación de su pertinencia¹⁷

NEGOCIO Y SALUD

Dorita Barrientos tiene 11 años y vive en Sivingal (Bolivia). Tras tres semanas en tratamiento con benznidazol, su rostro empezó a llenarse de ampollas y no podía tragar porque tenía la boca hinchada. Al día siguiente del comienzo de estos síntomas, los miembros de MSF llegaron a esta comunidad para el seguimiento semanal y reconocieron que Dorita había desarrollado una necrólisis epidérmica tóxica, la más grave reacción cutánea a la terapia que se puede registrar: uno de cada cuatro afectados puede morir. El equipo médico la trasladó a un hospital. Allí mejoró al suspender esta medicación e iniciar una nueva terapia con el otro fármaco disponible.

En algunos países sólo cuentan con un medicamento

CHAGAS: UNA TRAGEDIA SILENCIOSA. MSF

En cuanto al tratamiento, los dos medicamentos existentes (nifurtimox y benznidazol) son los mismos que se utilizaban hace 30 años y no son precisamente óptimos. Se requiere un tiempo prolongado de terapia y la frecuencia de los efectos secundarios es elevada. Otra dificultad es que muchos enfermos se hayan en zonas aisladas lo que dificulta y encarece las medidas terapéuticas. Sin embargo, se ha demostrado que la puesta en marcha de programas de este tipo es posible y ésta es la única alternativa esperanzadora para las personas ya afectadas por la enfermedad.

En este punto nos parece importante hablar de las contradicciones existentes dentro del ámbito académico en relación al tratamiento y su efectividad. Hay distintos aspectos a tener en cuenta: la accesibilidad al tratamiento, la adherencia al mismo debido a su duración prolongada y a los efectos adversos que deben ser escrupulosamente controlados, y la controvertida eficacia en pacientes sin sintomatología.

Es interesante confrontar dos posiciones antagónicas respecto al tratamiento, la de ALCHA (Asociación Lucha contra el Mal de Chagas) y la del Ministerio de Salud de la Nación, partiendo de los materiales comunicacionales difundidos para la celebración del "Día Nacional por una Argentina sin Chagas".¹⁸

¹⁷ Czeresnia, D. (2006) "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

¹⁸ Ministerio de Salud de la Nación

Los integrantes del Grupo de Trabajo *Información, Educación y Comunicación* (IEC) del Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud de la Nación desarrollamos -como parte de nuestra tarea- diversos materiales, cuyo propósito es garantizar conocimientos en las personas y comunidades vulnerables a la enfermedad de Chagas, que fortalezcan sus capacidades de prevención y cuidado frente a esta problemática.

La idiosincracia de la enfermedad de Chagas como afección de la pobreza ha sido un factor determinante para que los laboratorios encargados de la investigación de fármacos que eliminen el parásito del organismo no tengan interés en desarrollar nuevas drogas, de manera que se siguen empleando medicamentos, utilizados desde la década del 60, que presentan efectos adversos en alrededor del 30% de los pacientes. Tal el caso del nifurtimox y el benznidazol, que *no lograron superar las condiciones de admisión de la FDA (Federal Drug Administration) de los Estados Unidos debido a sus innumerables efectos indeseables.*

¿El Chagas tiene cura?

Sí, sobre todo en niños, adolescentes, jóvenes y personas de cualquier edad infectadas recientemente.

Cuanto menor es la edad de la persona infectada, mayores son las posibilidades de curación.

¿Cuál es el tratamiento médico para el Chagas?

Consiste en la toma diaria durante 2 meses de un medicamento que elimina los parásitos.

Disminuye e impide el daño cardíaco y digestivo y reduce la transmisión congénita.

Este tratamiento es gratuito y se realiza en todos los hospitales y centros de salud públicos del país.

Para que el tratamiento sea efectivo, el medicamento debe tomarse correctamente siguiendo estrictamente la indicación del médico.¹⁹

A esta situación se agregan las dudas que aún hoy persisten, pese a la obtención de algunos buenos resultados, sobre el empleo masivo de la medicación antiparasitaria en las etapas indeterminada y crónica.

El desinterés, la toxicidad y las incógnitas sobre la utilidad de estos fármacos han marcado la tendencia hacia el limitado empleo de los medicamentos anti-T. cruzi en los pacientes chagásicos sin parasitemia (presencia de parásito en sangre) comprobada, con la excepción de su utilización por parte de algunos grupos de investigadores que los emplean teniendo como único diagnóstico la serología reactiva .

¿Quiénes pueden recibir tratamiento?

Las normas de Diagnóstico y Tratamiento² recomiendan brindar tratamiento a los niños y adolescentes que tienen hasta 15 años. No obstante, las personas infectadas de cualquier edad con diagnóstico de la enfermedad, pueden ser tratadas.²⁰

¹⁹ Ministerio de Salud de la Nación.

²⁰ Op cit

El tratamiento antiparasitario de la enfermedad de Chagas sigue siendo una asignatura pendiente. El Chagas está ausente de los programas de investigación y desarrollo de las grandes empresas farmacéuticas. El laboratorio que produce nifurtimox ha dejado de comercializarlo y sólo suministra donaciones en cantidades limitadas. Su argumento es que la escasa demanda no rentabiliza la producción ni la distribución y muchos menos el inicio de programas de investigación. De momento, ninguna empresa de genéricos se ha mostrado interesada en asumir su producción y garantizar su abastecimiento.

La industria farmacéutica es la principal responsable de este déficit y no puede considerarse una excusa válida la escasa rentabilidad de la enfermedad. Aún en una sociedad de mercado, con un Estado desertor de sus obligaciones, deberían existir mecanismos de presión impositiva o leyes que determinen un compromiso ineludible de los laboratorios en la investigación de enfermedades de afectación masiva, aunque sólo involucren a la población más pobre.

Una persona que se ha curado, ¿puede volver a contraer Chagas?

Sí, una persona que se curó puede reinfectarse (volver a contraer el tripanosoma) si se vuelve a exponer a alguna de las vías de transmisión del parásito (por ejemplo, si vuelve a ser picada por vinchucas infectadas). Por eso, en zonas donde existen vinchucas es muy importante al momento de iniciar el tratamiento de una persona infectada, garantizar que su casa esté libre de estos insectos.

La comunidad científica en general y los médicos en especial no pueden conformarse con el empleo de fármacos de tan elevada toxicidad y se debe considerar una obligación más en el proceso de atención médica el presionar ante la industria farmacéutica para que se continúe investigando y se desarrollen nuevas drogas más eficaces y con mínimos efectos adversos.²¹

LA ENFERMEDAD DE CHAGAS COMO PELIGRO

En el último decenio, debido a la creciente movilidad de las personas entre América Latina y el resto del mundo, la enfermedad de Chagas se ha propagado a zonas que antes se consideraban no endémicas, como el Canadá, los Estados Unidos de América, muchos países europeos y otros varios del Pacífico Occidental.

La enfermedad de Chagas en los Estados Unidos

El impacto de la enfermedad de Chagas, que en algún momento se pensó que estaba limitada a Latinoamérica (donde se calcula que hay 8 millones de personas infectadas), ha llegado a los Estados Unidos, a través de la inmigración de personas provenientes de áreas endémicas de Chagas de México, Centroamérica y Sudamérica.²²

²¹ Storino, R. La cara oculta de la enfermedad de Chagas

²² CDC Infecciones parasitarias desatendidas en los estados Unidos. Enfermedad de Chagas

En 2005 la enfermedad de Chagas fue incluida en la clasificación OMS de enfermedades tropicales desatendidas con el fin de fomentar acciones de promoción y medidas de control sinérgicas con otras enfermedades igualmente desatendidas.

En 2009 la OPS aprobó una resolución por la que insta a los Estados Miembros de la Región de las Américas a que se comprometan con la eliminación o la reducción de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza, incluida la enfermedad de Chagas, para que dejen de considerarse problemas de salud pública en el año 2015.

La OPS junto con una comisión internacional y el Programa Provincial de Chagas, la Dirección Nacional de Enfermedades Transmitidas por Vectores, el Servicio Nacional de Chagas y el Instituto Nacional de Parasitología de Argentina visitaron los departamentos de Ojo de Agua y Quebrachos en la provincia de Santiago del Estero, Argentina con la finalidad de evaluar la prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas.

El plan de trabajo desarrollado y operativizado, ha permitido, un sensible descenso en los índices de infestación domiciliar por *Triatoma infestans*, y por lo tanto una seroprevalencia negativa fue detectada de la infección adquirida por vía vectorial en niños de hasta 15 años, con (1% de prevalencia) demostrando el impacto de las estrategias de control antivectorial y de las mejoras socio-ambientales (vivienda, electrificación rural, proyectos productivos que mejoran el peridomicilio) que han experimentado estas áreas rurales últimamente.

Después de los resultados de la visita, el equipo concluyó la interrupción de la transmisión vectorial de chagas en los departamentos de Ojo de Agua y Quebrachos, de la provincia de Santiago del Estero, que ya se había registrado anteriormente en los departamentos de Aguirre, Mitre, Belgrano y Rivadavia durante el año 2012.²³

Como final del informe se adjunta fotografía de una vivienda que a su pie dice: *Domicilio y peridomicilio de riesgo para Chagas en Santiago del Estero (Argentina)*.

²³OPS. Misión de Evaluación Internacional de la Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas en Argentina



Nos preguntamos por las referidas mejoras socioambientales referidas en el informe. Desde una perspectiva progresista, la promoción de la salud resalta la elaboración de políticas públicas intersectoriales, orientadas a la mejora de la calidad de vida de la población. 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.

Por otro lado, entre las conclusiones de la segunda Reunión Sudamericana de Iniciativas Subregionales de Prevención, Control y Atención de la Enfermedad de Chagas, llevada a cabo en Buenos Aires en el 2012

Se resalta la importancia actual de los procesos de *descentralización efectiva*, eficiente y adecuada de las acciones de prevención, control y atención de la enfermedad de Chagas, a los efectos de lograr la sustentabilidad y éxito de las acciones que aún quedan pendientes de ser abordadas.

Vemos como los mandatos del neoliberalismo forman parte del informe, es por eso que consideramos que sin la reflexión no se puede realizar con éxito el desafío que existe de traducir informaciones generadas por medio de la elaboración de conocimiento científico en acciones que puedan efectivamente promover transformaciones sociales, ambientales y de conductas “no saludables” de los sujetos. Los desafíos que se presentan no se resuelven con la aplicación de nuevos modelos, de la misma manera que la cuestión de la educación no se resuelve sólo con información y capacitación técnica.²⁴

²⁴ Czeresnia, D. (2006) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción

CONCLUSIÓN

El presente trabajo realizado, nos permitió por un lado, justificar que la mirada desde el Modelo Médico Hegemónico como biologicista, ahistórica, y apartada de lo social no permite ver el punto de vista y la realidad de diferentes grupos sociales oprimidos en tanto considera que los problemas de salud son individuales. Coincidimos con Laurell, en que el proceso salud – enfermedad es una cuestión más relacionada con lo social que se manifiesta en el plano de lo biológico.

Por otro lado, el hecho de ver a la enfermedad desde el punto de vista biológico e individual constituiría una mirada parcial, que no permite abordar más que aquello que se ve: el cuerpo y sus “desviaciones”. De este modo, resulta imposible tener en cuenta en las intervenciones, las múltiples determinaciones de la enfermedad, las cuales se contextualizan en un determinado contexto social y en cierto modo de producción.

Sostenemos que la salud debe abordarse desde una perspectiva de totalidad, esto es: tener en cuenta la salud y sus relaciones con la economía, la política, el trabajo, entre otras dimensiones. Entendemos que una política que apunte a la salud es aquella que tiene como horizonte intervenir para las mejoras en las condiciones de vida de la población como expresión de la promoción de la salud.

Sin embargo, en nuestro país, la división ministerial más que especializar la práctica, la fragmenta: la salud debe prevenirse con una política conjunta del Estado.

También podemos decir, con respecto a lo norma institucional, no permite romper ese protocolo que responde a través de la institución. Todo está protocolizado, lo que llega o baja desde el ministerio, se envían una serie de pautas a seguir, en caso de algún tipo de enfermedad.

Las normas o los protocolos una vez que se realizan tienen como destinatarios a los equipos de salud pertenecientes a los municipios y los hospitales, que se desempeñan en el primer y segundo nivel de atención dentro de las once regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Dentro de la misma hay 135 municipios incluyendo 77 hospitales provinciales, 166 hospitales municipales y 2092 centros de salud o unidades sanitarias.

También hay que tener en cuenta que se realizan protocolos normativos de acuerdo al momento político de la gestión de turno.

El modelo sanitario debe estar integrado en las dimensiones ambientales, social política, económica; por eso las acciones propias del sistema de salud deben estar articuladas con otros sectores disciplinarios y políticas gubernamentales responsables, para que todos puedan tener una atención adecuada para su enfermedad.

PD

Si Usted todavía quiere saber qué es la caja de TIF Chagas refiérase e las “Normas para el Diagnóstico de la Infección por Tripanosoma cruzi. Versión preliminar en revisión Ministerio de salud de la Nación. Agosto de 2012

BIBLIOGRAFÍA

Dubos, Rene. El espejismo de la salud. FCE, México.1956

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 Freitas C Compiladores Lugar Editorial. Buenos Aires.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. I.N.P.”Dr Mario Fatala Chabén” Normas para el diagnóstico de la infección por Tripanosoma cruzi. Versión preliminar en revisión.2012

Ponting, Clive.Historia verde del mundo. Paidos. Madrid. 1995

Storino Ruben. La cara oculta de la enfermedad de Chagas. Rev Fed Arg Cardiol 29: 31-44, 2000. www.alcha.org.ar

Weinstein, Luis. Salud y autogestión. Ed Nordan. Montevideo.1988

Ministerio salud Nación <http://www.msal.gov.ar>

Breve comentario acerca del Reconocido libro de Médicos sin Fronteras “Chagas, una tragedia silenciosa”. Fuente: Médicos Sin Fronteras, Chagas una tragedia silenciosa, Ed. Losada, Barcelona, 2005. <http://www.msf.es/>

Imágenes

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/especiales/2005/chagas/10.html>

