

Políticas Públicas y Enfermedades Transmisibles

# El Impacto de la Descentralización en la Enfermedad de Chagas

**Ignacio Llovet, Ph.D.**

Investigador Visitante, CEDES, illovet@cedes.org

**Graciela Dinardi, M.A.**

Investigadores Visitante, CEDES, gdinardi@fibertel.com.ar

**Este artículo presenta avances de la investigación "Políticas de Descentralización y Reforma del Sistema de Salud en la Argentina: Su Impacto en la Prevención y Control de la Enfermedad de Chagas", financiada por el Programa Especial para Investigación y Entrenamiento en Enfermedades Tropicales (TDR-OMS), que se lleva a cabo en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).**

**Es aceptado que la enfermedad de Chagas en Argentina es endémica. En la actualidad, se estima en dos millones los individuos afectados, de los cuales 600.000 tendrían manifestaciones clínicas (Segura et al., 1994).**

En la enfermedad de Chagas la principal vía de contagio es vectorial (*Triatoma infestans*). Si bien con la advertencia de que las mediciones han sido realizadas para poblaciones particulares (niños, mujeres embarazadas, conscriptos), las tendencias de las series estadísticas disponibles ponen de manifiesto una caída significativa en los niveles de seropositividad a lo largo del tiempo. Por ejemplo, para el período 1981-1994, y para la población masculina ingresante al servicio militar de 18 a 20 años, se estableció una reducción de la prevalencia de la seropositividad por *Tripanosoma cruzi*, del 5,8% al 1,8% (Cura, Segura, 1998). Sin embargo, debido a que las muestras poblacionales no son totalmente compatibles (v.g. cambios en la edad de reclutamiento militar, de 21 a 18 años) las estadísticas tienden a exponer fragmentariamente los progresos alcanzados.

Estos avances estaban en línea con la declaración, realizada en 1991, por la Iniciativa Internacional de los Países del Cono Sur, alentando la expectativa de declarar a Argentina libre de transmisión vectorial para el año 2000 (WHO, 1991). Sin embargo, esa meta no se concretó. Aunque la prevalencia de la enfermedad de Chagas en la Argentina, en términos agregados ha disminuido, aún existen áreas críticas concentradas, en especial, en la Provincia de Santiago del Estero donde las informaciones sobre contagio y reinfestación son crecientes. En los últimos años, se registró un aumento en el número de casos agudos, elevándose de 3 en 2001 a 25 en 2005. Dónde se debe buscar la explicación de esta reemergencia? A diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, en el caso de Chagas las dificultades se originan en las condiciones institucionales y sociales en que se debe desenvolver el control y la vigilancia epidemiológicos.

La evolución ascendente de los indicadores epidemiológicos provinciales puede tener un principio de explicación si se coloca momentáneamente la atención en los arreglos institucionales y las estrategias de intervención implementadas por las agencias y entes específicos a lo largo de los años.

## LUCHA Y PREVENCIÓN

Las acciones de lucha y prevención contra la enfermedad comienzan en 1952, con la creación del Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha contra la Enfermedad de Chagas (Zaidemberg et.al., 2004). En 1961 se organiza oficialmente el Programa Nacional de Chagas. A partir de 1972 el Programa desarrolla su actividad en un total de 19 provincias endémicas con una modalidad de organización centralizada y la aplicación de una estrategia vertical. La centralización refiere a la competencia nacional del Programa. La estrategia vertical suponía

una combinación de decisiones, ejecución y recursos que concentraba el poder en los niveles más altos del sistema, movilizaba a gran número de profesionales y técnicos y disponía de gran cantidad de vehículos para los operativos de control. Pese a que las acciones realizadas bajo esta modalidad fueron de alto impacto en el ataque al vector, tuvieron otras dos consecuencias perdurables: por un lado la baja efectividad en la organización de la etapa de vigilancia epidemiológica y por otro, la débil vinculación con los sistemas provinciales de salud. En los años siguientes, bajo el impulso de factores endógenos y exógenos, estas características organizacionales se irían modificando asumiendo rasgos más descentralizados y horizontales.

## EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

En 1980 se inició el proceso de descentralización por el cual se transfería a algunas provincias la actividad operativa del Programa Nacional apelando, entre otros, al argumento de ensamblar la acción epidemiológica con el sistema provincial de salud. Este proceso tuvo variantes ya que, por una parte, algunas provincias continuaron con su adhesión al sistema centralizado, en tanto otras, si bien asumían la descentralización, lo hacían con intensidad variable. En el caso de Santiago del Estero, la transferencia se produjo parcialmente, lo cual implicaría futuras controversias sobre competencias e intervenciones.

Es en este mismo período en que, asimismo, comienza a ponerse de manifiesto el desplazamiento de la estrategia vertical hacia otra de características más horizontales. Esto ocurre inicialmente mediante el traspaso escalonado de tecnología a los agentes sanitarios provinciales. Una década después se profundiza la estrategia horizontal incorporando un nuevo elemento, la participación comunitaria, que le dio a los individuos y familias un papel en la planificación, la implementación, monitoreo y evaluación de las actividades de control y vigilancia (INDIECH-Servicio Nacional de Chagas, 1994). Si bien la orientación participativa alcanzó un significativo nivel de elaboración y formulación de sus propuestas (Segura, 2005), las diversas experiencias de participación comunitaria se enfrentaron con un conjunto de factores internos y externos que limitaron su éxito allí donde se ensayaron.

Entre los factores internos se debe mencionar: debilidad en la transferencia de una metodología de trabajo



a la comunidad local, oposición de los técnicos a incluir legos en las actividades programáticas, falta de información y conocimiento básico entre los miembros de la comunidad (Paulone, 1996; Sanmartino, Crocco, 2000), ausencia de un agente supervisor (Esquivel et al., 2000). Entre los factores externos, la adhesión variable entre los niveles nacional, provincial, municipal, para llevar a cabo este tipo de intervención impusieron restricciones contextuales. En algunas provincias hay un retorno a la estrategia vertical con intervenciones basadas en el ataque de las viviendas infestadas y la atención de los casos agudos. Sin embargo, más allá del giro en las estrategias de intervención -que siempre ocuparon un lugar instrumental-, lo que estaría condicionando con mayor fuerza las situaciones epidemiológicas locales, es el tipo de arreglo institucional adoptado.

#### LA SITUACIÓN PARTICULAR DE SANTIAGO DEL ESTERO

El esquema de descentralización que se implementó en Santiago del Estero desde 1982 en adelante combinó la delegación a la provincia de funciones operativas con el aprovisionamiento de insumos por parte de la Nación y la intervención programada en ciertas áreas geográficas de la Provincia para acciones de fumigación a cargo de delegaciones del Programa Nacional. Esta modalidad, al tiempo que abría la puerta para una mayor responsabilización de la instancia provincial, sumergía a la acción epidemiológica en el conflicto político local. Este conflicto se expresó en un conjunto de circunstancias

políticas, económicas y administrativas que comprometieron la efectividad de las acciones de control y vigilancia:

- I) Diferente definición de prioridades de agenda sanitaria entre Nación y provincia.
- II) Bajo nivel de compromiso de autoridades provinciales con las acciones de control y vigilancia.
- III) Inestabilidad de los cuadros directivos.
- IV) Falta de adhesión e iniciativa de los municipios.
- V) Falta de identificación de la afectación de fondos presupuestarios.
- VI) Disminución de recursos humanos calificados.

#### EL PARADIGMA ORGANIZACIONAL

En los últimos cuarenta y cinco años la acción contra la transmisión vectorial del mal de Chagas pasó de un modelo centralizado a otro más descentralizado. En este pasaje de un modelo a otro está insinuado un cambio de paradigma organizacional que debe tomar en cuenta las dificultades ya mencionadas así como las características de la población en riesgo.

Los casos agudos que crecientemente se reportan, provienen de los sectores rurales dispersos, con bajo grado de integración social, con muy bajo nivel educativo, de familias numerosas, que naturalizan -y no cuestionan- la presencia de la enfermedad. Es un desafío aún pendiente elaborar líneas de acción que reconozcan, además de las condiciones de esta población en riesgo, sus dificultades para una participación efectiva en las acciones de control y vigilancia.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Basombrío, M.A.; Schofield, C.J.; Rojas, C.L.; Del Rey, E.C.. A cost benefit analysis of Chagas disease control in north-western Argentina. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 92: 137-43, 1998.

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

- Bowling, Ann. *Research Methods in Health. Investigating Health and Health Services.* Open University Press. Buckingham, 1997.

- Chuit, R.; Paulone, I.; Wisnivesky-Colli, C.; Sosa-Estani, S.; Segura, E.L. 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*, 1992.

- Cura, E.; Segura, E. Quality Assurance of the Serologic Diagnosis of Chagas Disease, *Panamerican Journal of Public Health*, 3 (4), 1998.

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

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

- Ministerio de Economía, National Budgets, several years.

- Paulone, I. 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 (dissertation), Universidad Nacional del Litoral, 1996.

- PRONATASS, Ministerio de Salud y Acción Social. Normas de Descentralización para Establecimientos de Salud, Buenos Aires, 1994.

- Sanmartino, M. y Liliana Crocco. Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 7 (3), 2000.

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

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

- Zaidemberg, M.; C. Spillmann; R. Carrizo Páez. Control de Chagas en la Argentina. Su evolución, en *Revista Argentina de Cardiología*, volumen 72, Nº 5, Septiembre - Octubre, 2004, Buenos Aires.