

## Artículo

---

### INNOVACIÓN, POLÍTICA PÚBLICA Y ENFERMEDAD DE CHAGAS. EL CASO DE LA PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA.

INNOVATION, PUBLIC POLICY AND CHAGAS DISEASE. THE CASE OF THE PROVINCE OF SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA.

Ignacio Llovet<sup>1</sup>  
Graciela Dinardi<sup>2</sup>

#### RESUMEN

*El artículo analiza el papel de los factores institucionales y organizacionales en el control y prevención de la enfermedad de Chagas entre 1981-2005, en Santiago del Estero, Argentina. Se explora el impacto de la descentralización en Argentina y su vinculación con el fracaso en la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad. La pregunta de investigación es: ¿Cómo puede ser explicada la re-activación de la enfermedad, en un contexto nacional de caída de la prevalencia? Se explora la relación entre los programas nacional y provincial de control de la enfermedad. Se describe y periodiza la evolución de esta relación, identificando los factores que jugaron un papel para que la descentralización y la participación comunitaria no se convirtieran en un modelo arraigado y exitoso de acción. La evidencia empírica se origina en 18 entrevistas a tomadores de decisión de nivel nacional y provincial, epidemiólogos, clínicos y en la recopilación y análisis de notas periodísticas, información estadística y documental.*

**PALABRAS CLAVE:** Descentralización, Enfermedad de Chagas, Políticas Públicas.

#### ABSTRACT

*The article discusses the role of institutional and organizational factors in the control and prevention of Chagas' disease in 1981-2005, in Santiago del Estero, Argentina. It explores the impact of decentralization measures and its connection with the failure to interrupt transmission of the disease and the increase in the early twenty-first century-prevalence rates in endemic areas. The question that guided our research was: How can be explained the re-activation of the disease, in a national context of decline in prevalence? To gather information 18 in-depth interviews were conducted to high rank national and provincial ministers, federal and provincial officers, experienced program managers, field doctors, and epidemiologists. We also conducted a thorough archive work of national and local newspaper articles, statistics and program documents.*

**KEY WORDS:** Decentralization, Disease Chagas; Public Policy.

---

<sup>1</sup>Departamento de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Luján, Argentina. <sup>2</sup>Escuela de Posgrado, Universidad Nacional de Tres de Febrero, Argentina. Correspondencia: illovet@unlu.edu.ar

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas en Argentina es endémica. Los registros estadísticos son incompletos, pero se estima en 1,6 millones los individuos infectados.<sup>1</sup> La principal vía de contagio es la vectorial. A nivel nacional se ha registrado un descenso significativo de las tasas de seropositividad. A pesar de la declaración de la Iniciativa Internacional de los Países del Cono Sur, en 1991, el compromiso de erradicar el *Triatoma Infestans* (*T. infestans*) de la Argentina para el año 2000 no se cumplió<sup>2,3</sup> dando lugar a su postergación para el año 2015.

Más allá de la exactitud con la que los registros estadísticos establecen la reducción de la prevalencia de la enfermedad, hay situaciones provinciales con características endémicas. Es el caso de la Provincia de Santiago del Estero donde las cifras de contagio y re-infestación mostraron una tendencia creciente: los casos agudos se elevaron de 3 en 2001 a 12 en 2005. Si bien es aceptado que la enfermedad de Chagas está asociada a la pobreza y a sus diversas manifestaciones<sup>4,5,6,7</sup> y que las condiciones de deprivación están particularmente presentes en Santiago del Estero, uno de cada cuatro habitantes de menos de 15 años no alcanza a completar la educación elemental, lo que duplica las cifras nacionales<sup>8</sup> y 63% de la población no tiene cobertura de salud, muy superior al 48% registrado a nivel nacional,<sup>8</sup> la situación ha evolucionado en una dirección positiva en las últimas décadas.

Se advierten señales de cambio en el contexto social de la enfermedad. Significativamente, en 1980 el 32% de las viviendas de la provincia estaban clasificadas como ranchos, en 2001 ese porcentaje se había reducido a 15%. El indicador de hacinamiento también se redujo entre 1980 y 2001. ¿Cómo puede ser entonces explicada esta re-emergencia de los casos agudos, sobre todo en un contexto nacional de caída de la prevalencia? Una explicación que ha sido explorada es la que se asigna a la política pública, definida como el curso de acción seguido por el gobierno o estado, un papel específico en el grado de efectividad que alcanzan las acciones de control y vigilancia vectorial.<sup>9-15</sup> En el caso de la enfermedad de Chagas, la descentralización fue la política pública relevante durante las dos últimas décadas del siglo XX y los primeros años del siglo XXI.<sup>16-18</sup> Probablemente debido a que es un término muy ligado a procesos de reforma política más que un concepto teórico, la descentralización es un término elusivo,<sup>19</sup> no claramente definido. Descentralización es, entre otros significados, una palabra clave para el mejoramiento de los servicios,<sup>19</sup> para el incremento de la eficiencia de la

burocracia pública al ubicar a los funcionarios más cerca de los puntos del control organizacional,<sup>20</sup> y por estar más en contacto con las particularidades locales. Bossert afirma que la descentralización no es un fin en sí mismo sino un medio para alcanzar objetivos más amplios de reforma de las áreas de salud: equidad, eficiencia, calidad, y solidez financiera.<sup>21</sup> Sin embargo, quizá la descentralización no logre un mejor desempeño de los sistemas de salud.<sup>22,23</sup> Mills distingue cuatro formas de descentralización en los sistemas de salud: desconcentración, que supone la transferencia de poder desde el nivel central, ministerial, o sus oficinas locales; devolución, desplazamiento de poder desde el nivel central, ministerial, a las autoridades regionales o locales; privatización, tercerización de la prestación de servicios; y delegación, transferencia de poder a agencias semi-autónomas.<sup>24</sup>

Desde la década de los 80 muchos países de América Latina, América del Norte y Europa comenzaron reformas descentralizadoras. En América Latina, tradicionalmente vista como una de las regiones más centralizadas del mundo, las reformas comenzaron a principios de los 80.<sup>25</sup> La descentralización no ha sido vista como un proceso unificado y coherente. Sobre todo, estas reformas son procesos históricos con interacciones complejas.<sup>19</sup> La descentralización ha impactado la forma en que los gobiernos se apropian y distribuyen fondos afectando directamente las condiciones y calidad de vida de la población. La descentralización, tres décadas atrás, irrumpió como una innovación en el paradigma organizacional imperante en América Latina y aún no se ha consolidado.

### **Del enfoque clásico al innovador: Las lógicas organizacionales para el control y la vigilancia del *T. Infestans***

Las acciones contra la enfermedad de Chagas en Argentina comenzaron en 1951 con la creación del Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha contra Chagas. En 1961 el Programa Nacional de Chagas (PNC) fue oficialmente establecido. En 1972 el PNC funcionaba en 19 provincias endémicas, utilizando un modelo centralizado y vertical.<sup>26</sup> Una organización centralizada presupone funciones operativas, financieras y administrativas, que son puestas en acción desde el nivel federal. La estrategia vertical concentraba el poder de decisión y los recursos en el más alto nivel de la administración. En la década de 1970 movilizaba aproximadamente 2000 personas calificadas, y muchos vehículos para realizar control y rociado de unas 200.000/300.000 viviendas anuales.<sup>26</sup> Estas intervenciones, tuvieron un impacto significativo en el

control del vector. Sin embargo, hubo algunas consecuencias adversas derivadas de esta estrategia: primero, un pobre desempeño de la vigilancia epidemiológica, y segundo, un débil vínculo con el sistema de salud provincial. En los años siguientes, factores internos y externos, tales como la desconcentración operativa, las transferencias tecnológicas a los gobiernos municipales y provinciales y el involucramiento comunitario fueron insinuando la emergencia de un nuevo modelo organizacional con rasgos más horizontales y descentralizados. Como se verá más adelante, el desempeño de este nuevo modelo no estuvo exento de avances y retrocesos.

Si bien el gobierno implementó una gran reforma del sector salud durante la década de los años 90, el PNC ya había introducido cambios en ese sentido diez años antes. En 1981, el gobierno federal transfirió responsabilidades operativas a 8 de las 19 provincias endémicas, incluyendo Santiago del Estero. En 1980 se aprobó la ley de Chagas, Decreto Ley 22.360, cuya reglamentación en 1982 establecía las normas de la descentralización operativa.

En 1982, fueron transferidas responsabilidades a cinco provincias más. Un año más tarde, otras se sumarían al proceso.<sup>27</sup> Esta política estaba concebida para poner las actividades en manos de las administraciones provinciales. Contemporáneamente con la descentralización, la estrategia vertical comienza a hacer lugar a una nueva estrategia, ahora horizontal. Este cambio estaba inicialmente impulsado por una transferencia gradual de tecnología a los agentes provinciales de salud que se desempeñaban en acciones de control. En 1992, la estrategia horizontal de intervención fue profundizada mediante un involucramiento comunitario, dándoles a los individuos y a las familias un papel en la planificación y la implementación de las actividades de control de la transmisión vectorial de la enfermedad. El modelo horizontal planteaba inicialmente una transferencia de "know how" organizacional en cascada, desde los investigadores hacia la comunidad pasando por supervisores nacionales, provinciales y agentes sanitarios. Una considerable energía institucional fue dirigida a impulsar ese replanteo: organización de talleres, producción de video, elaboración de manuales.<sup>26</sup>

En tanto el concepto de participación comunitaria alcanzó un alto nivel de complejidad en su formulación inicial, su implementación enfrentó fuerzas internas y externas que limitaron sus perspectivas de éxito. Estos factores internos eran: el fracaso para transferir efectivamente un método adecuado de trabajo

a las comunidades locales, la resistencia del personal técnico y profesional para incluir legos en sus actividades, la ausencia de supervisores.<sup>3</sup> El principal factor externo fue el compromiso desigual que asumieron los niveles de gobierno federal, provincial y municipal, que crearon obstáculos a este tipo de intervención. Ante resultados insatisfactorios, algunas provincias regresaron a la estrategia vertical y enfocaron la erradicación de la enfermedad tratando las viviendas infestadas y los casos agudos. En síntesis, la descentralización fue aceptada en grados variables. Cuatro provincias permanecieron dentro del sistema centralizado en tanto las quince restantes aceptaron los principios de la descentralización pero manteniendo diferentes grados de autonomía.

El objetivo declarado de la reforma era la eficiencia. Se apuntaba a que la transferencia de las operaciones del nivel nacional 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 en que operan las provincias de mayor riesgo, 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.<sup>28</sup>

En Santiago del Estero este proceso tuvo tres etapas. En 1981-1993 hubo una descentralización incipiente, con estrategia vertical de intervención. En 1993-1999, tuvo lugar una descentralización híbrida en la cual se combina una intervención vertical con el fortalecimiento de una intervención más horizontal. En el período 1999-2006, de descentralización fallida, finaliza el apoyo estratégico de la Nación y comienza una re-activación en el número de casos agudos.

Este artículo analiza el papel de los factores institucionales y organizacionales en el control y prevención de la enfermedad de Chagas en el período 1981-2005 en Santiago del Estero. Estos factores fueron relevantes dado que la descentralización modificó la relación entre los niveles nacional y provincial del Programa de Chagas y condicionó el objetivo manifiesto de interrumpir la transmisión vectorial de la enfermedad.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se aplicó una metodología de estudio de caso para analizar de qué manera la Provincia de Santiago del Estero organizó el control y la prevención de la

enfermedad de Chagas. Este diseño de investigación es particularmente apto para abordar casos individuales y analizarlos en profundidad utilizando una variedad de fuentes.<sup>29</sup> En tal sentido, se estudiaron las variantes institucionales y organizativas aplicadas por una cambiante política pública y que contextualizaban la situación epidemiológica de la provincia. Para ello se trabajó entre 2005 y 2007 con fuentes primarias y secundarias, cualitativas y cuantitativas, que permitieron identificar distintos momentos de la acción de control y vigilancia.

Por su condición de informantes claves, se realizaron 18 entrevistas en profundidad a ex ministros nacionales y provinciales, funcionarios nacionales y provinciales activos o retirados vinculados a los programas de lucha contra la enfermedad de Chagas, profesionales con experiencia de gestión, clínica y/o epidemiológica en la Provincia de Santiago del Estero, representantes de organizaciones de la sociedad civil. Se recopiló y analizaron notas periodísticas, información estadística y documental. Allí donde correspondió se obtuvo el consentimiento informado. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas en archivos de texto Word. Se utilizó un programa para el procesamiento y análisis de los datos cualitativos, denominado NVivo. Las notas periodísticas fueron obtenidas de los archivos digitales de dos diarios nacionales Clarín y La Nación. Las correspondientes a diarios de circulación provincial, El Liberal y Nuevo Diario, fueron obtenidas del archivo digital y mediante trabajo de archivo. Los datos originados en todas estas fuentes fueron clasificados, codificados y organizados en dimensiones de análisis que resultaran conceptual y temporalmente relevantes para establecer una periodización de la política pública de control y vigilancia de la enfermedad de Chagas, los arreglos institucionales y sus impactos epidemiológicos. Para salvaguardar la confidencialidad de los entrevistados, se han omitido sus nombres y reemplazado por su función o pertenencia institucional.

## **RESULTADOS**

### **Descentralización Incompleta (1981-1993): Desarticulación, inercia y crisis epidemiológica**

Desde 1960 y durante un período de once años las actividades de control en la provincia estuvieron a cargo del Servicio Nacional de Chagas (SNC). En 1971 se creó el Programa Provincial (PPC), que continuó funcionando con una lógica vertical impulsada por el PNC en todo el país hasta 1990, con algunas excepciones.<sup>26</sup> También se impulsó en 1972 la creación del Centro de Diagnóstico, Investigación y Tratamiento de la

Enfermedad de Chagas y Patología Regional, en Santiago del Estero, en un contexto nacional e internacional de fuerte incidencia de la enfermedad.<sup>30</sup>

Como respuesta a la infestación y los casos agudos se ejecutaron acciones masivas de rociado de viviendas. A esto se agregaría, con el correr de los años, los intentos de introducción de una estrategia horizontal con involucramiento de efectores a nivel local y de líderes comunitarios. Con anterioridad a la descentralización, las acciones que el PNC llevaba a cabo estaban regidas por dos creencias: primero, que la enfermedad de Chagas era un problema sanitario relevante y, segundo, que éste podía ser atacado exitosamente.

*Al momento de la descentralización en 1981, el PPC estaba debilitado y con una progresiva disminución de recursos humanos (Funcionario 4). La reducción de recursos se explicaba en que las decisiones de la administración provincial estaban fundadas en una percepción distorsionada de la importancia de la enfermedad de Chagas. En la interpretación de un funcionario provincial: "la enfermedad de Chagas tiene la particularidad de no ser una cosa espectacular como otras enfermedades que producen gran cantidad de enfermos, de casos febriles, de ausentismo escolar, de ausentismo laboral. Es una enfermedad solapada, que no se objetiviza como un problema sanitario" (Funcionario 1). Asociado a lo anterior, tampoco parecía prevalecer una voluntad política que respondiera a la situación: "Cuando se descentraliza el Programa Nacional y las responsabilidades se provincializan, el gobierno de Santiago del Estero no mostró ningún interés por asumir tales responsabilidades y cumplirlas...// la provincia tenía que hacerse cargo de los sueldos del personal y de su movilidad //...// y había un vehículo, de los tres que había al final quedó creo que uno". (Profesional 3).*

Hasta 1994, con oscilaciones, la cantidad de casos agudos se mantuvo alta. Dos nuevos picos se alcanzaron en 1989 y 1991 cuando se informaron respectivamente, 124 y 121 casos.<sup>30</sup>

El PNC aseguraba la provisión de insumos para el rociado, aportando de manera regular insecticida y equipamiento (trajes protectores, rociadores, y reactivos para diagnóstico de laboratorio) y "la provisión no se discontinuaba salvo raras excepciones". (Funcionario 1).

En el transcurso de este período, el PPC tuvo dificultades para encarar sus actividades en forma

continua. Su funcionamiento estaba condicionado por una rotación frecuente de las autoridades políticas sectoriales, la ausencia de formación sanitaria, falta de estructura administrativa. Sin embargo, había una impronta que permanecería como signo distintivo. Como la provincia había sido objeto de muchas acciones de control vectorial realizado por el PNC, el modelo de referencia era la estrategia vertical. Prevalecía la idea, que los programas que funcionaban eran los que venían de la Nación. *“Al momento de la descentralización operativa del Programa, se mantenía una idea vertical que se aplicaría desde la provincia hacia el interior, replicando la experiencia vivida durante los años previos”*. (Profesional 7).

La gestión de las actividades de control y prevención tenían diferentes etapas y resultados. Entre 1978 y 1985 hubo un cuerpo de agentes sanitarios entrenados para la Atención Primaria de la Salud (APS) que trabajaban conjuntamente con el PPC que tenía sus propios recursos humanos y materiales. APS dependía de la Nación, que aportaba los fondos para el pago de los efectores. En esos años se brindaba atención primaria en la mayor parte del territorio provincial y con buena visibilidad por parte de la población. Corresponde a este momento una percepción social positiva: *“había en la memoria colectiva el famoso rociado del 84-85, entonces la gente ahí te decía que desapareció la vinchuca”*. Yo preguntaba por la vinchuca y me decían, *“no, con el rociado ese que fue masivo desapareció”*. (Organización de la Sociedad Civil 2).

Con una disminución significativa del número de casos agudos registrados durante los años 1977-1982 (207 a 47), en los años que siguieron a la descentralización, la provincia vivió un proceso de re-infestación que prácticamente duplicó la cifra de casos agudos. La re-infestación se produjo por el debilitamiento de las acciones de vigilancia y mantenimiento y de la estructura de APS, pilares sobre los que se había asentado el éxito de la estrategia aplicada por la Nación y la provincia en los años anteriores. Luego de los rociados realizados por la Nación antes de la descentralización, la provincia no llevó a cabo la fase de vigilancia y mantenimiento. A partir de 1985, el sistema de APS se vio progresivamente desarticulado. *La falta de vigilancia y mantenimiento de las acciones con posterioridad a 1985 había provocado una espiral ascendente en el número de casos agudos en la provincia* (Profesional 5). La relación entre falta de vigilancia y re-infestación fue confirmada en esa misma época por una investigación realizada por un equipo de la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad de Buenos Aires. En 1985 rociaron viviendas, como parte de un estudio

de monitoreo de cinco localidades, observando que *“sin vigilancia, a partir de los tres años del rociado de toda la comunidad empiezan a aparecer casos nuevos”*.<sup>31</sup> Así, la ausencia de vigilancia y la re-infestación continuaban definiendo la problemática irresuelta de la acción contra la vinchuca. Una respuesta no tardaría en emerger.

Como un intento de recuperar el debilitado funcionamiento de la APS en la provincia, entre 1985-1989 se llevó a cabo el Proyecto María, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud, una nueva forma de intervención liderada por funcionarios del PNC, y aplicando una estrategia de APS, se introdujo la horizontalización. Se realizó vigilancia entomológica a cargo de agentes sanitarios, con aplicación de sensores para la detección de vinchucas en las viviendas y su posterior evaluación, se probaron aspersores manuales y se llevó a cabo el estudio serológico de recién nacidos. Se compararon las actividades realizadas por el Proyecto y las que hasta el momento implementaba el PNC en la provincia. Los resultados mostraron mejor rendimiento en todas las actividades realizadas por el Proyecto. Sin embargo, algunos factores conspiraron para que el trabajo de los agentes sanitarios, cuya participación era esencial para el funcionamiento del modelo, se fuera diluyendo. No fue posible mantener la capacitación continua de los agentes y las tareas de supervisión, que eran los requisitos para el correcto funcionamiento de la APS.<sup>26</sup> El Proyecto María tuvo un fuerte componente innovador ya que fue el primer ensayo de horizontalización y sentó las bases para futuras acciones con involucramiento de la comunidad en Santiago y en otras provincias.

Entre 1985 y 1987, *el gobierno provincial tuvo varias iniciativas. Se compraron vehículos para salir al terreno; a los agentes sanitarios se les proporcionaron bicicletas y a los supervisores, motocicletas. Se dividió a la provincia en zonas sanitarias, con asiento en los hospitales zonales; se inauguraron hospitales; se abrieron alrededor de 300 postas sanitarias y se crearon las residencias médicas* (entrevista, ex Ministro 3). Durante este período se realizaban operativos itinerantes de atención y prevención, en zonas rurales pobres. Asimismo, se tomaron medidas para retener al personal médico que trabajaba en zonas rurales.

En 1991, cuando la provincia de Santiago del Estero alcanzó la cifra de 121 casos agudos, se inició a nivel nacional el Programa Ramón Carrillo.<sup>16</sup> El Programa incluía: capacitación de agentes sanitarios; capacitación en municipios para el uso de insecticidas; intensificación del control en laboratorios y bancos de sangre y tratamiento de niños en maternidades.

Coincidentemente, se lanzó la Iniciativa del Cono Sur en la Reunión de Ministros del Cono Sur. El objetivo para la Argentina, que finalmente no se alcanzaría, era eliminar la transmisión vectorial en el 2000. En 1992 los funcionarios de Nación volvieron a trabajar en la provincia para profundizar la tarea de involucramiento de los pobladores a las tareas de control.<sup>26</sup> En 1993 el Programa Nacional acuerda un "apoyo estratégico" a la provincia dada su condición de jurisdicción con mayor incidencia de casos agudos.

La transferencia de responsabilidades en las tareas de control que tuvo lugar en este período representó algo más que un cambio de guardia en la acción epidemiológica. La búsqueda de eficiencia que alentaba el decreto descentralizador chocaba con los recursos y capacidades limitadas disponibles en las provincias. Pero, pese al apego de los funcionarios provinciales a las ideas de gestión vertical del control, la transferencia supondría un cambio de visión y de énfasis en la misión que debía ser asumida.

#### **Descentralización Híbrida (1993-1999): Apoyo estratégico del PNC y vigilancia epidemiológica**

En los años 90 el Programa Nacional de Chagas se impuso un fuerte activismo para interrumpir la transmisión de la enfermedad de Chagas. Ejemplo de ello fué que a partir de 1994 comenzó a abarcar una nueva área: el diagnóstico prenatal y posterior monitoreo del bebé, en caso de que la madre fuera positiva. Se estableció la notificación obligatoria de la transmisión congénita y se realizó un programa piloto en Tucumán, determinándose que hasta un 7% de las mujeres seropositivas daba a luz niños infectados.<sup>32</sup> Contemporáneamente con esa expansión de las líneas de trabajo del PNC, en 1993, se replantearon los arreglos institucionales previos, respecto a las acciones para la interrupción de la transmisión vectorial.

Como tanto a nivel de la Nación como de otras provincias se observaba que Santiago del Estero se encontraba con un rezago en la acción contra el vector, el PNC acordó intervenir en las campañas de desinsectación, llegando a rociar 120.000 viviendas entre 1991 y 1996, con la novedosa participación de voluntarios y agentes sanitarios.<sup>33</sup> La reorientación que denominamos descentralización híbrida significó una vuelta hacia atrás en la descentralización operativa tal cual había sido esbozada en la década anterior. En función de ese arreglo el PNC comienza a brindar a la provincia de Santiago del Estero un "apoyo estratégico" que involucraba la coordinación con el PPC por un período de cinco años mediante el cual quedaban a cargo

de Nación 24 de 27 departamentos de la provincia. Su principal objetivo era alcanzar la cobertura completa de desinsectación de la provincia para revertir la re-emergencia de los casos agudos de Chagas. Gracias a esta iniciativa, las acciones de control ganaron intensidad.

En los hechos, el PNC volvía a intervenir activamente en la provincia, aportando técnicos y movilidad, en casi la totalidad del territorio provincial. Las agencias locales del PNC de las provincias limítrofes con Santiago del Estero, Córdoba, Catamarca y Santa Fe en los departamentos del sur y Salta y Tucumán en los departamentos del norte, empezaron a cubrir la mayor parte del territorio provincial quedando en manos de la provincia las acciones de control de la ciudad capital y zonas aledañas.

En junio de 1994, el PPC informó que, en las tres jurisdicciones a su cargo (Capital, La Banda y Silípica), se habían rociado 4.600 viviendas, correspondientes a algo más del 50% de las viviendas objetivo.<sup>34</sup> La educación de la población también debía desempeñar un papel, para lo cual se estableció un convenio con el Rotary Club local.<sup>32</sup> Mientras tanto, el Servicio Nacional de Chagas (SNC) había concretado el rociado de 12.000 viviendas en el resto de los departamentos.<sup>35</sup>

Pero, al mismo tiempo que la Provincia confiaba en el "paraguas" provisto por el PNC, el PPC arrastraba las mismas carencias del período anterior. *La visión de observadores calificados era que el PPC se encontraba empantanado (Profesional 5). En este período el Programa Provincial, lejos de fortalecerse y expandir las áreas de su intervención, continuó sometido a un proceso de desarticulación y desmantelamiento (comunicaciones orales, Profesional 5 y Funcionario 1). La reducción de la planta de personal técnico y administrativo por la jubilación temprana del personal, se inició hacia finales de la década del '80 y se profundizó en la década de los '90. En la década del '80 el PPC tenía 280 empleados (ex Ministro 3). Hacia el año 1995, se fuerza la jubilación del Director del Programa, quien a fines del año anterior había señalado el sub-registro de casos agudos y la necesidad de fortalecer la vigilancia en la provincia.<sup>37</sup> Otros 70 funcionarios del PPC también habían sido jubilados, reduciendo la planta a tan sólo 11 empleados (Profesional 5). Con esta estructura mínima, el Programa ya no era capaz de llevar adelante acciones (ex Ministro 3). Sin embargo, en 1995, el responsable del Centro de Chagas y Patología Regional provincial, argumentaba que el progresivo descenso de los casos*

agudos en la provincia, demostraba la importancia de los avances logrados en la lucha contra el mal de Chagas.<sup>38</sup> Para ese año, fueron reportados 16 casos agudos, el registro más bajo logrado por la provincia desde el inicio de las intervenciones.<sup>39</sup> Para 1999, el número de casos agudos había sido reducido a tres, el mínimo registrado en Santiago del Estero.

En 1997 se anunciaba el fin del apoyo estratégico. La Provincia reasumiría la responsabilidad por las operaciones en toda la jurisdicción, aunque esto se concretaría algo más de un año más tarde. Desde mediados de 1998 se realizaban reuniones de transferencia del programa a departamentos, que actuarían bajo la responsabilidad de autoridades sanitarias, educacionales y comunales y con participación comunitaria.<sup>40</sup> En esas reuniones se definían los aportes de insumos y dinero que enviaría la Nación.<sup>41</sup> No obstante, el carácter conflictivo de la decisión del Servicio Nacional de Chagas se insinuaba en las denuncias de aumento de infestación en Santiago del Estero y Tucumán por la falta de suministro de insumos por parte del Ministerio de Salud de la Nación.<sup>42</sup> Tampoco los recursos humanos y materiales del PPC resultaban suficientes para ocuparse de las tareas de vigilancia requeridas, v.g. rociado de 7000 viviendas a cargo del personal provincial.

Durante este período, como producto de las insuficiencias provinciales, se modificaron los arreglos institucionales. Un punto de inflexión es el acuerdo entre la Nación y la provincia para llevar adelante el "apoyo estratégico" mediante el cual se rociaron muchas viviendas, con participación de voluntarios y agentes sanitarios. Este arreglo que dejó el rociado y la vigilancia en manos del PNC en casi la totalidad del territorio provincial, tuvo dos consecuencias importantes. Por un lado, su implementación significó una vuelta hacia atrás en el proceso de descentralización operativa, dando lugar a una situación híbrida y por el otro, se logró reducir el número de casos agudos al mínimo histórico en Santiago del Estero. Hacia fines de este período, en 1998, la Provincia decidió retomar la responsabilidad por las operaciones en toda la jurisdicción, pero con recursos humanos y materiales insuficientes, dejando la puerta abierta para la re-emergencia de casos agudos que sufriría en los años siguientes.

#### **Descentralización Fallida (1999-2005): Fin del apoyo estratégico y nueva crisis epidemiológica**

A partir del cese formal de la colaboración estratégica, la provincia sufrió un deterioro progresivo de las acciones de vigilancia y control, fundamentales para evitar la re-infestación de las viviendas. La situación

que comenzó a vivirse a partir de 2000-2001 era comparable a la que siguió a la descentralización de los años 80, cuando la provincia asumió la responsabilidad formal de la acción contra la enfermedad pero sin lograr armar un sistema de vigilancia y mantenimiento. El atraso relativo que afectaba a Santiago del Estero era aún mayor: en 2001 otras cuatro provincias certificarían la interrupción de la transmisión vectorial de la enfermedad.<sup>42</sup>

Las consecuencias de la falta de aprestamiento en la provincia eran previsible en la visión de algunos de los actores involucrados. Por ejemplo, pese al carácter programado del retiro federal y las actividades preparatorias de la transferencia, desde el Instituto Nacional de Parasitología Fátala Chabén, se formulaban públicamente advertencias sobre la dificultad de alcanzar el año 2000 sin niños con Chagas o viviendas infestadas.<sup>43</sup>

Las desavenencias entre el nivel nacional y el provincial eran varias: recursos, estrategias y diagnósticos. El SNC delineaba un camino participativo con la formación de grupos de vecinos a nivel local, a los que brindaría insumos, capacitación y supervisión (44), continuando una línea de trabajo que incluía formas de participación comunitaria entre 1994 y 1998. A diferencia de esta estrategia de carácter más horizontal, las autoridades provinciales se apegaban no sólo a una visión más optimista de lo que vendría sino también a una modalidad vertical en el control de la infestación, y que debía contar con tres pilares: acción epidemiológica, educación y mejoramiento de vivienda.<sup>45</sup> Debido a la alarma provocada por la aparición de cuatro casos agudos que luego ascenderían a 9 en 2000 y ante la falta de vigilancia sostenida<sup>16</sup> las acciones selectivas de apoyo por parte de la Nación continuaron. En 2003, pese a la tendencia creciente de casos agudos, el director del PPC elogiaba las acciones de capacitación, concientización y rociado del Programa.<sup>46</sup> Hacia fines de ese año, debido a la pasividad de los organismos técnicos provinciales, en el Departamento Robles y con equipos formados por beneficiarios de planes sociales se realizaban acciones de ataque con equipamiento y capacitación provistos por el SNC de Tucumán.<sup>47</sup> Las debilidades provinciales habilitaban las iniciativas de acciones de control por parte de organizaciones de la sociedad civil en combinación con el gobierno local y la Iglesia católica.<sup>48</sup>

Entre abril de 2004 y marzo de 2005, debido a una crisis de gobernabilidad, el gobierno nacional ordena la intervención federal. Esto implicó un cambio en la gestión de la problemática de la enfermedad y una re-evaluación de la situación provincial. La intervención

cuestionó la pasividad de la anterior administración y propició un cambio para responder al aumento en el número de casos agudos<sup>49</sup> y sobre el que alertaba el Centro de Chagas y Patología Regional de la provincia, consecuencia directa de la reducción en los niveles de vigilancia y control de viviendas.<sup>50</sup> Esta crítica visión se proyectaba en distintas direcciones. En primer lugar se re-activaban los rociados.<sup>51</sup> En segundo lugar, se impulsaba la creación de espacios de participación social, tanto de organizaciones de la sociedad civil, como en el armado de redes sociales, brindando capacitación para el manejo de productos para fumigación. En tercer lugar, ante la re-infestación y la falta de personal, se recurría para tareas de rociado a personal habitualmente usado para emergencias humanitarias (Casos Blancos). Sin embargo, persistía la falta de recursos.

Cuando finaliza la intervención, el nuevo gobierno provincial se muestra preocupado por el "alarmante" crecimiento de los casos agudos y la ausencia de recursos para controlar la re-infestación, que esperan suplir con los aportes de la Nación. (52). En una línea retórica similar se expresaba la dirección del Centro de Lucha y Patología Regional, quien afirmaba en una crítica implícita a lo realizado durante la intervención haber encontrado a ese centro de referencia "prácticamente desmantelado."<sup>53</sup> En su opinión, la erradicación de la enfermedad sería un proceso de largo plazo que demandaría no menos de 20 años.<sup>54</sup> Estas expresiones son vistas desde un ángulo distinto por investigadores de la Universidad de Buenos Aires, que señalan que la crisis sanitaria que representa la re-infestación debido a su subestimación es aún más profunda que lo admitido por las autoridades provinciales. Desde ese enfoque, la raíz de la crisis se encontraría en la falta de priorización política de la enfermedad.<sup>55</sup> En opinión de un experto observador local, la subestimación se originaba en que los médicos desconocían la sintomatología de la enfermedad.<sup>56</sup> En coincidencia con estas críticas, el gobierno provincial emite la Resolución Ministerial N° 1514/2005 que imponía restricciones a la realización de investigaciones vinculadas a la enfermedad de Chagas, en el territorio provincial.

A fines de 2005 la provincia unifica la dirección del Centro de Chagas con el PPC. Los pilares de la acción contra la vinchuca que se definían eran: desinsectación, educación y mejoramiento de la vivienda<sup>57</sup> coincidente con la orientación que expresaban los funcionarios provinciales en el período previo a la intervención federal. Su acción se centraba en las viviendas de los casos agudos notificados<sup>58</sup> y que ese año sumaron 20.<sup>59</sup> Por otra parte, el Ministerio de Salud provincial

programaba el rociado de 25 mil viviendas rurales, de las 85 mil que contabilizaba.<sup>60</sup> Para ejecutar esas tareas, que serían "para siempre", el PPC recibió doce vehículos,<sup>61</sup> insecticida e incorporó 75 trabajadores.<sup>62</sup>

Durante unos meses la Comisión Nacional de Control de Vectores no distribuyó productos para la fumigación por falta de stock debido a complicaciones burocráticas vinculadas al proceso licitatorio para la selección de empresas proveedoras. Este fue el argumento de la provincia para comprar insecticida, y avanzar en el proyecto de desarrollar actividades en forma autónoma, sin injerencia federal.

Autoridades de la Dirección Nacional de Epidemiología y del PNC (que visitan la provincia subrayan la gravedad de la situación y la necesidad de implementar mecanismos para revertirla.<sup>63</sup> Para junio de 2006 el PPC afirma que 7000 viviendas ya se habían rociado y que el progreso obtenido se manifestaba en el menor número de casos agudos registrados, cuatro frente a doce en igual época en el año anterior.<sup>64</sup> Meses más tarde, ese optimismo parece desvanecerse cuando su titular declara que "el abandono de las acciones durante los últimos cuarenta años hace que la pelea contra la vinchuca sea desigual" y que pese al intenso compromiso de las autoridades políticas no se podía llegar a todos los departamentos por su extensión y baja densidad poblacional. Tampoco la renovación o mejoramiento de la vivienda parecía factible por la limitación de recursos. Sólo quedaría confiar en la educación de los niños, en la formación de clubes de jóvenes "vinchuqueros" para darle una proyección de largo plazo a la acción contra la enfermedad de Chagas.<sup>65</sup>

Frente a la creación del Programa Federal de Chagas y su énfasis en la participación comunitaria, el PPC reacciona con escepticismo ya que la Nación estaría incumpliendo con sus compromisos y las actividades del PPC dependerían de los recursos propios. Simultáneamente alerta sobre el peligro de que los insecticidas sean manipulados por una población no capacitada.<sup>66</sup>

En este período, se observan las consecuencias del fin del apoyo estratégico en la provincia. Reaparecieron los casos agudos, sumando el mayor porcentaje provincial de casos del país, rezagándose frente a otras provincias que certificaban la interrupción de la transmisión vectorial. El PNC continuó impulsando acciones selectivas a nivel local de carácter horizontal y participativo, que contrastaban con la adhesión de las autoridades provinciales a una modalidad vertical en el control de la infestación. Las autoridades provinciales

manifestaban sentimientos encontrados, por un lado, aceptaban la ayuda selectiva del PNC y por el otro, se mostraban ávidos de realizar "actividades netamente provinciales, sin injerencia de la Nación".

## REFLEXIONES FINALES

Santiago del Estero ha recibido una variedad de intervenciones desde 1985 en adelante debido a su identificación como zona de riesgo, y que se ha expresado en la re-infestación de viviendas y en el incremento de casos agudos. Las iniciativas originadas mayormente en el PNC tenían en algunos casos un componente innovador dirigido a asignarle a la comunidad y a los escalones más bajos del sistema de salud un papel más central en la vigilancia. Más puntualmente, hubo también participación de actores locales, con acciones impulsadas por el Programa Provincial de Chagas, investigaciones llevadas a cabo por profesionales de la provincia y de otras jurisdicciones, y experiencias impulsadas por organizaciones de la sociedad civil en articulación con autoridades locales.

La iniciativa de descentralización de las actividades de control, que se inició tempranamente, fue producto de un nuevo paradigma organizacional cuya aceptación enfrentó dificultades y resistencias. La experiencia de Santiago del Estero confirma la apreciación de Schmunis y Dias<sup>67</sup> en el sentido de que las improntas organizacionales de fuerte centralismo y verticalismo, como las que tenían lugar en Argentina hasta principios de los años ochenta, suponen herencias que deben ser cuidadosamente consideradas. De acuerdo con Schmunis y Dias la descentralización de programas para el control de enfermedades endémicas, como es el caso de la enfermedad de Chagas, tiene limitaciones ya que tradicionalmente los programas han funcionado dentro de estructuras centralizadas y verticales en las cuales los niveles más bajos nunca han estado involucrados en la toma de decisiones. Esto está agravado por otros problemas como la falta de experiencia en los niveles periféricos y alta rotación de

personal.<sup>64</sup> También hay otras restricciones como una infraestructura y recursos limitados para mantener la vigilancia.<sup>12</sup> Para Dias et al. estos problemas son evidentes en los países donde la descentralización no estuvo acompañada por fuerte intervención central para apuntalar a las administraciones periféricas, donde fuera necesario.<sup>12</sup> A esto Feliciangeli argumenta que "la descentralización de los servicios de salud en América Latina ha forzado al programa de control la devolución de las decisiones de priorización y de los recursos del control de vectores a los niveles del estado y el municipio".<sup>10</sup> Siguiendo esta línea de razonamiento algunos estudios asocian los procesos de descentralización<sup>26</sup> con intervención horizontal.

En ese sentido, la descentralización no es un proceso unificado y coherente y puede adoptar formas y sentidos muy variables. La descentralización vivida en Santiago del Estero, podría encuadrarse en lo que Mills denomina una devolución "desplazamiento de poder desde el nivel central, ministerial, a las autoridades regionales o locales". Las dificultades de las autoridades provinciales para ejecutar de manera sistemática y sostenida las funciones operativas de control y vigilancia desembocaron en que esta devolución tuviera un carácter híbrido, puesto de manifiesto en que la provincia conservara el mandato establecido por la ley pero acompañado de una debilidad funcional.

En distintos momentos y lugares los promotores de una política descentralizadora, han destacado sus beneficios al brindar un mejor registro de las circunstancias locales. Esa cercanía implicaría comprender y representar mejor las necesidades de la comunidad. Sin embargo, esa potencialidad de la descentralización puede verse coartada si las condiciones sociales e institucionales que allí imperan no la facilitan. Es en ese sentido que debe ser entendido el efecto que desencadena el apego de los funcionarios provinciales a una modalidad de gestión vertical y su rechazo a los intentos del PNC de inducir estrategias más horizontales con participación comunitaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1) Organización Panamericana de la Salud. Estimación Cuantitativa de la Enfermedad de Chagas en las Américas. Montevideo, OP5/HDM/CD/425-0G; 2006. 28 pags.
- 2) World Health Organization. Control of Chagas disease: report of a WHO expert committee. Geneva. 1991.
- 3) Zaidemberg M, Spillmann C, Carrizo Páez R. Control de Chagas en la Argentina. Su evolución. *Rev Argent Cardiol*. 2004 vol. 72 no.5. pags. 375-380
- 4) Briceño-León R. La Casa Enferma Caracas: Fondo Editorial Acta Científica Venezolana; 1990.
- 5) Bastien JW. The Kiss of Death: Chagas disease in the Americas. The University of Utah Press; 1998.
- 6) Mathers CD, Ezzati M, y Lopez AD. Measuring the Burden of Neglected Tropical Diseases: The Global Burden of Disease Framework. *PLoS Neglected Tropical Diseases*. 2007 1(2): e114.
- 7) Hotez, P J. Forgotten People, Forgotten Diseases: The Neglected Tropical Diseases and their Impact on Global Health and Development. Washington, DC: ASM Press; 2008.
- 8) INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001. Buenos Aires.
- 9) Aché A, Matos A. Interrupting Chagas Disease Transmission In Venezuela. *Rev Inst Med Trop*, 2001; São Paulo 2001 43(1): 37-43.
- 10) Feliciangeli MD, Campbell-Lendrum D, et al. Chagas disease control in Venezuela: lessons for the Andean region and beyond. *TRENDS Parasitol*. 2003. 19 (1): 44-50.
- 11) Dias, JCP. Epidemiological surveillance of Chagas disease. *Cad de Saude Publica* 2000; 16 (supplement 2): 43-59.
- 12) Dias JC, Silveira AC, et al. The Impact of Chagas Disease Control in Latin America -A Review. *Cad de Saude publica* 2002 97 (5): 603-886.
- 13) Schofield CJ. Vector population responses to control interventions. *Ann Soc Belg Med Trop*. 1991; 71 Suppl 1: 201-217.
- 14) Schofield CJ, Dias JCP. The Southern Cone Initiative against Chagas disease. *Adv Parasitol* 1999; 42: 1-27.
- 15) Villela MM, Souza JB, et al. Entomological surveillance for Chagas disease in the mid-western region of Minas Gerais State, Brazil, from 2000 to 2003. *Cad saude publica* 2005; 21(3): 878-886.
- 16) Silveira AC, Rojas A. et al. El Control de la Enfermedad de Chagas en los Países del Cono Sur de América. Historia de una Iniciativa Internacional, Organización Panamericana de la Salud. 2002.
- 17) Silveira CA. Situação do controle da transmissão vetorial da doença de Chagas nas Américas. *Cad Saude Publica* 2000; 16(supplement 2): 43-59.
- 18) Silveira AC y Pimenta Jr. F. A inserção institucional do controle da doença de Chagas. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop*. 2011, vol.44, suppl.2, pp. 19-24. ISSN 0037-8682.
- 19) Gershberg AI. Decentralization, Recentralization, and Performance Accountability: Building an Operationally Useful Framework for Analysis. *Development Policy Review* 1998; 16(4): 405-431.
- 20) Reich MR. Reshaping the State from Above, from Within, from Below: Implications for Public Health. *Soc Sci Med*. 2002; 54(11): 1669-1675.
- 21) Bossert T. Analyzing the Decentralization of Health Systems In Developing Countries: Decision Space, Innovation And Performance. *Soc Sci Med*. 1998; 47(10): 1513-1527.
- 22) Bossert T, Larrañaga O, et al. Decentralization of Health Systems in Latin America. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8(1-2): 84-92.
- 23) Bossert TJ, Bowser DM, Amenyah JK. Is decentralization good for logistics systems? Evidence on essential medicine logistics in Ghana and Guatemala. *Health Policy Plan* 2007 Mar; 22(2):73-82.
- 24) Mills A. Health system decentralization: concepts, issues and country experience. Geneva, World Health Organization.1990.
- 25) Escobar-Lemmon M. Fiscal Decentralization and Federalism in Latin America. *Publius* 2001; 31(4): 23-41
- 26) Segura E. El Control de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina. En: *El Control de la Enfermedad de Chagas en los Países del Cono Sur de América. Historia de una Iniciativa Internacional*. 1991/2001. A. C. Silveira, Organización Panamericana de la Salud. 2002.
- 27) Sosa Estani S, Zaidenberg M, Segura E. Descentralización del Programa de Control de la Transmisión de Trypanosoma cruzi (Chagas) en la Argentina. En: *Yadón Z, Gurtler, R, Tobar F, Medici A, eds. Descentralización y Gestión del Control de las Enfermedades Transmisibles en América Latina*. Buenos Aires, Argentina, 2006; OPS: 189-201 págs.
- 28) Llovet I, Dinardi G. Condiciones Sociales y Organizativas para la Gestión Local en Salud: reflexión a partir de la problemática de la Enfermedad de Chagas. En: *Chiara M, Di Virgilio M, Medina A, Miraglia M. eds. Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*. Buenos Aires, Universidad Nacional de General Sarmiento 2008: 173-182.
- 29) Zucker, DM. How to Do Case Study Research 2009. School of Nursing Faculty Publication Series, Paper 2, University of Massachusetts.

[[http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi? article=1001&context=nursing\\_faculty\\_pubs](http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1001&context=nursing_faculty_pubs)].

- 30) Diario El Liberal, edición del 12/7/91
- 31) Diario Clarín, edición del 2/10/07; Diario La Nación, edición del 3/10/07
- 32) Diario La Nación, edición del 14/01/03
- 33) Diario El Liberal, edición del 13/8/97
- 34) Diario El Liberal, edición del 03/06/94
- 35) Diario El Liberal, edición del 7/7/94
- 36) Diario El Liberal, edición del 07/07/94
- 37) Diario El Liberal, edición del 24/9/94
- 38) Diario El Liberal, edición del 21/01/95
- 39) Diario El Liberal, edición del 27/08/99
- 40) Diario El Liberal, edición del 2/7/98
- 41) Diario El Liberal, edición del 13/5/97
- 42) Diario El Liberal, edición del 29/10/98
- 43) Diario El Liberal, edición del 7/10/98
- 44) Diario El Liberal, edición del 10/6/98
- 45) Diario El Liberal, edición del 28/8/99
- 46) Diario El Liberal, edición del 19/8/03
- 47) Diario El Liberal, edición del 1/2/04
- 48) Diario El Liberal, edición del 29/7/02; Diario Nuevo Diario, edición del 28/3/03
- 49) Diario El Liberal, ediciones del 8/8/04 y del 26/5/05
- 50) Diario El Liberal, edición del 20/4/04
- 51) Diario El Liberal, edición del 2/5/04
- 52) Diario El Liberal, edición del 31/05/05
- 53) Diario El Liberal, edición del 1/6/05
- 54) Diario El Liberal, edición del 1/7/05
- 55) Diario La Nación, edición del 18/7/05
- 56) Diario El Liberal, edición del 28/8/05
- 57) Diario El Liberal, edición del 19/2/06
- 58) Diario El Liberal, edición del 11/11/05
- 59) Diario El Liberal, edición del 9/12/05
- 60) Diario El Liberal ediciones del 12/11/05 y del 8/3/06
- 61) Diario El Liberal, edición del 7/1/06
- 62) Diario El Liberal, edición del 27/1/06
- 63) Diario El Liberal, edición del 2/3/06
- 64) Diario El Liberal, edición del 13/6/06
- 65) Diario El Liberal, edición del 11/11/06
- 66) Diario El Liberal, edición del 15/12/06
- 67) Schmunis GA, Dias JCP Health System Reform, Decentralization, Prevention, and the Control of Vector-Borne Diseases. Cad Saude Publica 2000 16 (supplement 2): 117-123.

Recibido: Abril, 2013 Aprobado: Septiembre, 2013
---

