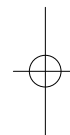
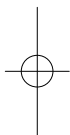
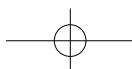


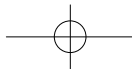
MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE
COMISIÓN NACIONAL DE PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
CONAPRIS

REDES SOCIALES PARA LA
VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN DEL
***TRYPANOSOMA CRUZI* (CHAGAS)**



BECA "RAMÓN CARRILO-ARTURO OÑATIVIA" 2002
BECARIA: DRA. ELSA L. SEGURA





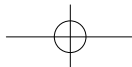
Diseño, composición y armado:
CALIGRAFIX SERVICIOS GRÁFICOS INTEGRALES S. H.
Av. Pueyrredón 1440, 2°
C1118AAR Buenos Aires
Telefax: 4821-6263 / Cel.: (15) 5342-7442
Correo-e: info@caligrafix.com.ar
www.caligrafix.com.ar

Impresión:
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
Humboldt 1803
C1414CTS Buenos Aires
Telefax: 4777-9177
Correo-e: danielelastra@fibertel.com.ar

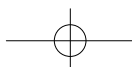
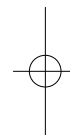
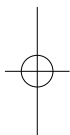
Buenos Aires, febrero de 2005.

ÍNDICE

Prólogo	5
Presentación	7
Agradecimientos	15
1. Introducción	17
2. Objetivos	22
3. Métodos	22
3.1 Aspectos físicos y demográficos del área de estudio.	22
3.2 Rociado de ataque químico con insecticidas (AQI) en los departamento des.	24
3.3 Descripción de la estrategia participativa aplicada en la capacitación para la vigilancia de la transmisión del <i>T. cruzi</i>	24
3.4 Algoritmo de la instalación de la vigilancia de la transmisión del <i>T. cruzi</i> por R. S.	24
4. Resultados	26
4.1. Desarrollo del acuerdo de Redes Sociales	26
4.1.1 Constitución de la Red Social	26
4.2. Organización de las Redes Sociales	28
4.2.1. Evaluación Social de la evolución de las Redes Sociales en la comunidad	30
4.3. Desarrollo de los talleres para la vigilancia	39
4.3.1 Financiación de los gastos ocasionados por los talleres.	42
4.4. Resultados de la Capacitación de Efectores para la Vigilancia	43
4.5. Situación del poblador del área endémica.	47
4.5.1 Conocimiento de la enfermedad, su vector y conceptos sobre vigilancia.	47
4.5.2 Conocimiento de la enfermedad, su vector y conceptos sobre vigilancia, en relación con el nivel de educación alcanzado y condición laboral	50
4.5.3 Resultados del control vectorial y la supervisión de las acciones.	52



4.6.Vigilancia serológica	54
5. Conclusiones	56
Bibliografía	57
Anexo 1 - Manual de para la Promoción de Redes Sociales y Chagas	59
Anexo 2 - Cartografía	107
Anexo 3 - Listado de talleres	117
Anexo 4 - Afiches utilizados en la instalación de la vigilancia	124



PRÓLOGO

Me he gratificado con la lectura de este trabajo que relata los resultados de las investigaciones realizadas en los departamentos de General Taboada y Avellaneda, Santiago del Estero, Argentina, 2002-2004.

La investigación esta enmarcada dentro de las políticas del Ministerio para priorizar estudios sobre la problemática sanitaria. En el presente caso hay dos componentes, uno responde a la lucha contra el mal de Chagas, enfermedad de preocupante incidencia en nuestro país, y otra, producir herramientas con una participación activa de las personas bajo riesgo. Los autores logran demostrar que la participación comunitaria es una actividad de indigentes beneficios que debe fomentarse y multiplicarse en todos los lugares, existan o no, focos endémicos.

El proyecto de redes sociales para la vigilancia de la transmisión de *Trypanosoma cruzi*, significa una profundización de la estrategia de la participación comunitaria para la prevención y la vigilancia dentro un programa que pretende evitar nuevos casos y avanzar hacia el control total de la enfermedad.

Comparto la definición y el concepto de Morillo de Hidalgo, y lo entiendo tan preciso que lo voy a transcribir textual, repitiendo su inteligente inclusión por los autores y con la intención de que se lo divulgue pues, participación social y comunitaria, redes sociales y consejos locales constituyen las novedades políticas y estratégicas de las que espera una trascendental contribución para el cambio paradigmático hacia la promoción y protección de la salud que sustenta al Plan Federal de Salud 2004-2007.

Comparto el concepto de redes sociales como: "sistema de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas, con los cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes o servicios, teniendo como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas están en constante cambio, potencian sus integrantes, satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida". (Morillo de Hidalgo, en Puntal 2000).

La metodología de abordaje consistió en la realización de reuniones e impulsar intercambios en terreno para hacer un diagnóstico situacional y un reconocimiento de la población que permi-

tieron identificar los aspectos facilitadores y los obstáculos propios de cada comunidad y se los pudo escuchar propiciado que se revelen y expresen en sus capacidades y su creatividad.

Estos conceptos y estas actitudes han sido la base del método aplicado para la convocatoria y la construcción de las redes sociales, en las ciudades y localidades en las que se trabajó en este proyecto.

Se han alcanzado metas de este trabajo al introducir la promoción y el desarrollo de las redes sociales para estimular las acciones de vigilancia participativa y del control social en la transmisión del *Trypanosoma cruzi*, integrando a la comunidad con el hospital y el sector de trabajadores rurales.

Las redes demostraron ser una expresión de las relaciones sociales que se construyen y dan cuenta del modo en que las personas se vinculan para un trabajo coordinado con un objetivo común y solidario.

Los autores destacan la importancia de la capacitación en la tarea preventiva, en la medida que la misma implique un cambio efectivo en el comportamiento y la posibilidad de transferencia a la comunidad de los conocimientos adquiridos.

Rescato como un dato sobresaliente de la organización de estas redes sociales la precocidad con la cual sus miembros, solicitaron los talleres de capacitación para Chagas y los insumos para realizar acciones de extensión, de educación para la salud y el control social.

Los indicadores de progreso que fueron presentados en este informe demuestran que la intervención de control y de vigilancia de transmisión de *Trypanosoma cruzi* funcionó armónicamente en el marco de la coordinación de redes sociales organizadas en los departamentos de General Taboada y Avellaneda.

A través del trabajo realizado se demuestra que la participación comunitaria y el trabajo en redes sociales se constituyen en un pilar fundamental para la prevención y el control de esta enfermedad, logrando resultados y beneficios proyectables a cualquier otra patología.

PRESENTACIÓN

El trabajo de la doctora Elsa Segura, beneficiaria de la "Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia" con el apoyo Institucional del Instituto Nacional de Parasitología "Dr. M. Fatała Chabén" (ANLIS), es de importancia en nuestro medio, ya que la de Chagas-Mazza es una enfermedad prevalente en el país. La propuesta para la vigilancia de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* a través de la "vinchuca" resulta atractiva. Es un instrumento que sin duda, constituye una participación activa y genera el **empoderamiento** de la población, al poder conformar redes sociales.

La metodología para implementar las redes está claramente descripta y el análisis cualitativo permite encontrar alternativas de respuestas.

Se muestran el desarrollo de las Redes Sociales y la participación de líderes, agentes sanitarios, docentes, jefes de hogares.

Se muestra el grado de conocimiento sobre la enfermedad en estas regiones de la Provincia de Santiago del Estero.

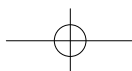
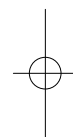
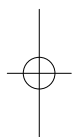
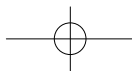
Es destacable los resultados de la vigilancia serológica, que permite estudiar a los grupos de edad con prevalencia de infección.

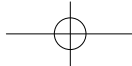
Todas las acciones planteadas y desarrolladas en el trabajo de la doctora Segura y colaboradores a través de "Redes Sociales" permiten asegurar la vigilancia epidemiológica.

La CONAPRIS, que preside el Ministro de Salud y Ambiente, Dr. Ginés González García, ha seleccionado esta beca para su publicación, pensando que esta experiencia es replicable en otras regiones, por ser sencilla y factible y que compromete a la población integrándola.

Queremos expresar nuestras felicitaciones a la Dra. Elsa Segura y sus colaboradores.

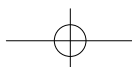
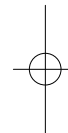
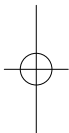
*Dr. Juan Carlos O'Donnell
Coordinador de la CONAPRIS
Buenos Aires, noviembre de 2004*

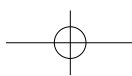
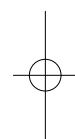
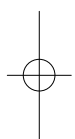
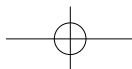


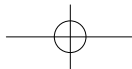


DOCTORA ELSA LEONOR SEGURA

- La doctora Elsa L. Segura es oriunda de Catamarca, realizó estudios de pregrado en la Universidad Nacional de Córdoba y se doctoró en Farmacia y Bioquímica, en la Universidad de Buenos Aires.
- Cumplió todas las etapas de la carrera académica en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación Argentina, inicialmente en el Programa de Control de Chagas en Córdoba, y luego en el Instituto Nacional de Chagas (hoy Instituto Nacional de Parasitología) "Dr. Mario Fatała Chabén" como investigadora, encargada de la investigación, y Directora –en esta última posición durante diecisiete años–.
- Se desempeñó como Directora del Instituto Nacional de Microbiología "Dr. Carlos Malbrán", designada por concurso, durante tres años; en ese período organizó la ANLIS, institución creada para coordinar los Institutos de Salud y apoyar sus investigaciones, estimulando el progreso en la formaciones científica y académica de sus integrantes, al servicio de la salud pública en la Argentina.
- Es miembro de la Carrera de Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en la categoría Superior.
- Ha asesorado a la OPS/OMS en comités permanentes y especiales. Ha publicado ciento sesenta trabajos científicos originales y contribuido a la edición de diez libros, dentro de la especialidad de la enfermedad de Chagas y su relación con la Salud Pública.







REDES SOCIALES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN DEL TRYPANOSOMA CRUZI (CHAGAS)

RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN LOS DEPARTAMENTO DE GENERAL TABOADA Y AVELLANEDA, SANTIAGO DEL ESTERO, ARGENTINA, 2002

Autores

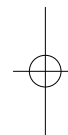
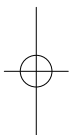
Elsa L. Segura¹, Margarita Robertazzi², Sergio Sosa Estáni³, Laura Vaccari⁴, Adolfo Gómez⁵, Graciela Palavecino⁶, Teresita Aranda de Pereyra⁷ y Ana Saavedra⁸.

Colaboradores profesionales

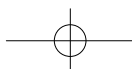
Gustavo P. Barbieri⁹, Estela N. Cura¹⁰, Aldo A. Corsánigo¹¹, Marcelo Abril¹², Hector Coto¹³, María E. Coppedé¹², Claudio Ferigo¹³, Oscar D. Salomón¹⁴.

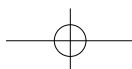
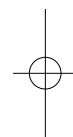
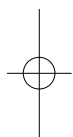
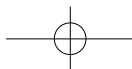
Colaboradores técnicos

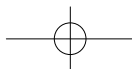
Nilda Alonso, Leticia Orellana, Rosa Salinas, Nélide Rojas, José Ojea, Alejandra Visceglia, Romeo Scattolini, Víctor Vigil, Eduardo Zárate, Alejandro Aguilera, Raúl González, Juan Luna, Mario Arrieta, Hugo Figueroa, Antonio Barraza, Alicia Villaruel,



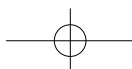
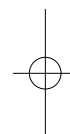
- ¹ Investigadora Superior del CONICET, Beca "Ramón Carrillo-Arturo Oñativia", Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatala Chabén", ANLIS, Ministerio de Salud y Ambiente, República Argentina.
- ² Instituto de Investigación de la Facultad de Psicología, UBA.
- ³ Jefe de Servicio de Epidemiología, CENDIE-ANLIS, Ministerio de Salud y Ambiente.
- ⁴ Lic. Sociología, becaria del Proyecto Redes Sociales, mayo 2003-julio 2004.
- ⁵ Lic. Sociología, CENDIE-ANLIS, Ministerio de Salud y Ambiente.
- ⁶ Lic. Psicología, CNCV, Ministerio de Salud y Ambiente.
- ⁷ Secretaria Técnica, Programa Anti-Chagas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MS y DS) de Santiago del Estero.
- ⁸ Médica de acción radiante del Hospital Zonal de Añatuya (MS y DS).
- ⁹ Director del Centro de Patología Regional y Enfermedad de Chagas.
- ¹⁰ Jefa del departamento de Diagnóstico del Centro de Control de Calidad de Biológicos-ANLIS, Ministerio de Salud y Ambiente.
- ¹¹ Jefe del Programa Anti-Chagas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero.
- ¹² Fundación Mundo Sano.
- ¹³ Lic. en Psicología, becario del Proyecto Redes Sociales, abril 2003- 2004.
- ¹⁴ Director del Centro de Diagnóstico e Investigación de Endemoepidemias-ANLIS-Ministerio de Salud y Ambiente.

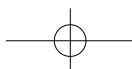
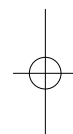
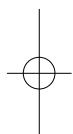
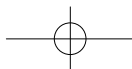


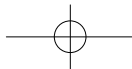




*A los pobladores rurales de la Argentina y de las Américas,
para que juntos dejen atrás el aislamiento y el olvido.*







Agradecimientos

A los Coordinadores de las Redes Sociales de los dos departamentos donde se realizó la investigación: Ángel J. Allalla y Josefina Nazer, Juan C. Elean y Crescencia López, Azucena S. de Leiva, Mabel C. de Pajón, Silvia Moreno y Juan A. Roldán, Humberto Lugones, Susana de Leguizamón, Luis Orlandi.

Al cuerpo docente de los departamentos Avellaneda y Gral. Taboada, encabezado por sus Directores y Supervisoras Escolares.

A los médicos, bioquímicos, enfermeros y técnicos de laboratorio del Sistema de Salud de los dos departamentos.

A las municipalidades e intendentes de Añatuya, Colonia Dora y Los Juríes.

A los comisionados municipales de Lugones, Icaño, Mailín, Real Sayana y Herrera.

A los efectores comunitarios: agentes sanitarios, líderes comunitarios, agentes municipales, jefes de hogar, cocineras de comedores infantiles.

A los doctores Mario Zaidenberg y Cynthia Spillmann de la Coordinación Nacional de Control de Vectores (CNCV).

A la CONAPRIS, su Coordinador y colaboradores.

Al Instituto Nacional de Parasitología "Dr. Mario Fatała Chabén".

Al Centro Nacional de Investigación de Endemoepidemias.

A la Dirección de la ANLIS.

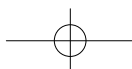
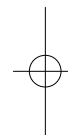
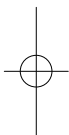
A la Fundación Mundo Sano.

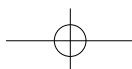
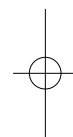
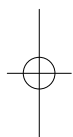
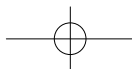
A Cáritas Añatuya.

Al proyecto Vivir sin Chagas de Añatuya.

Al personal administrativo del CENDIE, del Instituto Nacional Fatała Chabén, de la ANLIS y de la CNCV.

A la señora Alejandra Schreyer.





1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas, producida por el *Trypanosoma cruzi*, se transmite en las Américas, desde el Río Grande en México, por varias especies de las familias *Triatominae*, *Rhodninae*, insectos hematófagos. Es uno de los mayores problemas sanitarios de América del Sur, en la cual se calcula que existen veinte millones de personas infectadas. Se ha estimado que, como resultado de la corriente migratoria sur-norte, aproximadamente medio millón de personas infectadas viven en los Estados Unidos de Norteamérica.

Los factores de riesgo de la enfermedad de Chagas incluyen: vivir en Mesoamérica, América Central o del Sur, en áreas rurales, en viviendas rancho en las cuales los triatomíneos se reproducen en las anfractuosidades de paredes y techos, y haber recibido transfusiones sanguíneas de una persona que tenga el parásito.

La enfermedad de Chagas comprende tres fases: la aguda, la indeterminada y la crónica. La fase aguda se presenta sin síntomas o con síntomas muy leves. El 95% de los casos agudos se presenta antes de los catorce años de edad (Chuit y cols., 1992, Barbieri y cols., comunicación personal). Los síntomas de la fase aguda pueden ser: inflamación y enrojecimiento del sitio de la primoinfección (donde el insecto provocó la infección inicial). La inflamación de un ojo y de los ganglios linfáticos, el complejo oftalmo-ganglionar, que drenan el área de la picadura, se presenta en el 5% de los casos agudos y corresponde al 86% de los casos que llegan a la consulta médica (Barbieri y cols., comunicación personal). A medida que el parásito se disemina partiendo del sitio de la inoculación, el paciente presenta fiebre, malestar general, e inflamación generalizada de los ganglios linfáticos. Asimismo, se observan casos con hepato-esplenomegalia, principalmente en los lactantes. En esta fase, el tratamiento etiológico con Benznidazol®¹⁵ tiene en la Argentina una eficacia del 85% (Barbieri y cols., comunicación personal).

La fase indeterminada de la enfermedad constituye el período latente después de la fase aguda y tiene una duración de entre diez y veinte años. En esta etapa, se recomienda efectuar el tratamiento etiológico, con Benznidazol en niños menores de catorce años (Sosa Estani y cols., 1994).

Al final del período de latencia, los síntomas aparecen y caracterizan a la enfermedad crónica como cardíaca, por trastornos digestivos, o por pérdida neuronal en el músculo estriado (Genovese y col., 1996), en aproximadamente el 30% de los pacientes. En esta etapa no se recomienda aplicar el tratamiento etiológico, sino tratar los síntomas de enfermedad cardíaca o intestinal. Los trastornos del ritmo cardíaco (arritmias, taquicardia ventricular) pueden causar la muerte súbita. La insuficiencia cardíaca se desarrolla en el 1% de los pacientes que padece enfermedad de Chagas crónica. En estos pacientes la muerte se presenta en pocos años.

¹⁵ Laboratorios Roche, Buenos Aires.

No existe aún una vacuna contra la infección por *T. cruzi*. El control de la transmisión se realiza por medio del control de las poblaciones de los triatomíneos vectores. El control de los insectos con insecticidas, la participación de la comunidad en la vigilancia de la transmisión (Chuit y cols., 1992, Esquivel y cols., 1994, Segura y cols., 1999) y la construcción de viviendas menos atractivas para las necesidades de los insectos, impiden la transmisión de *T. cruzi*.

Los bancos de sangre, desde México, Centro y Sudamérica, aplican un cuestionario a los donantes voluntarios y examinan la sangre para verificar si hubo o no una exposición previa al parásito. Se han instalado prácticas de control de calidad, a fin de asegurar la calidad de los exámenes realizados. El control en la Argentina se basó en la Red de Laboratorios instalada en el país desde la década de 1970. Esta Red actualmente realiza el control de la mujer embarazada y, en un porcentaje creciente, el seguimiento del niño, hijo de madre infectada por *T. cruzi*.

El control de la transmisión vectorial se realiza por el control o eliminación de las poblaciones de vinchucas. La conocida práctica del uso de insecticidas tuvo como comienzo la posibilidad de obtener insecticidas por síntesis química, ocurrida después de la Segunda Guerra Mundial, ya que con anterioridad se habían ensayado los insecticidas disponibles, sin éxito o con éxito relativo.

A mediados de la década de 1940, Emanuel Díaz demostró que el isómero γ del Hexaclorociclohexano (HCH) mataba a las vinchucas alojadas en el interior de las viviendas. Desde entonces, se crearon los programas de control en la Argentina, Venezuela y el Brasil (entre 1947 y 1957).

El Programa Nacional de Chagas (PNC) de la Argentina, fue organizado oficialmente en 1961, luego de más de una década de investigación y desarrollo de varios programas piloto de control de *T. infestans*. El PNC contó inicialmente con unos 2.000 técnicos para diecinueve provincias y, en las décadas de 1960, 1970 y 1980, aplicó una estrategia de control vertical (tabla 1) con un presupuesto aproximado de unos 120, 280 y 100 millones de dólares estadounidenses, respectivamente. La tasa anual de tratamientos insecticidas disminuyó de 216.000-300.000 rociados en 1978-1981 hasta casi 37.000 rociados en 1985, y luego se incrementó hasta alcanzar casi 120.000 rociados en 1993. Las intervenciones contra el vector y la transmisión transfusional, se reflejaron en una caída de la prevalencia de infección por *T. cruzi* en los varones convocados anualmente para el servicio militar obligatorio, desde el 10,1% en los de veinte años de edad en 1965-1969, al 5,8% en 1981 y 1,9% en 1993 en los de dieciocho años de edad. Esta tendencia general declinante fue heterogénea entre regiones y provincias.

A pesar de las mejoras en los indicadores epidemiológicos, seguían produciéndose casos agudos de Chagas a partir de la repetida reinfestación de las comunidades rociadas, y la ausencia de un sistema de vigilancia entomológica sostenible. En un escenario político continental caracterizado por una clara tendencia a la disminución y descentralización de los recursos invertidos en la salud, en la década de 1980 inicia-

mos proyectos de investigación operativa basados, primero, en una estrategia de intervención que integraba al sistema de Atención Primaria de la Salud y, después, en la horizontalización de las acciones de control con participación directa de la propia comunidad, provista de tecnología apropiada (Segura, 2002).

La transferencia y puesta en acción de la estrategia horizontal, desde los investigadores que la desarrollaron a unos seiscientos supervisores nacionales y provinciales del PNC, y luego desde éstos a los agentes sanitarios y municipales, los líderes y miembros de la comunidad, se llevó a cabo durante un proceso de ocho años.

Entre 1993 y 1998 se realizaron casi cinco mil talleres participativos donde se formaron unos 15.500 agentes sanitarios o municipales y líderes, quienes junto a los técnicos del PNC trataron con insecticidas unas 675.000 viviendas. Hasta 2000 se rociaron cerca de un millón de viviendas y se instaló la vigilancia en unas 830.000 unidades. La prevalencia de infestación por *T. infestans* disminuyó desde el 6,11% en 1992 al 1,19% en 1999. La notificación nacional de ocurrencia de casos agudos de Chagas con origen vectorial fue de veintidós, diecinueve, dos y veintidós casos entre 1997 y el 2000, casi todos sintomáticos. La seroprevalencia de *T. cruzi* en menores de quince años residentes en áreas rurales disminuyó del 6,3% al 2,0% entre 1992 y 1999. El impacto del PNC entre 1992-2000 fue mayor que entre 1964-1992 debido a que en menos de diez años se logró una mayor reducción de la infestación y la seroprevalencia en niños, con cinco veces menor número de técnicos nacionales y un mayor número de viviendas rociadas con insecticidas, a un costo de \$ 144 millones de dólares, cuatro veces menos que lo que se habría gastado entre 1961 y 1990. En el marco de la "Iniciativa del Cono Sur", el número de controles de infección por *T. cruzi* en los donantes de sangre a transfundir creció de 200.000 en 1991 a cerca de 500.000 en 2000, cubriendo todos los servicios públicos. Se normatizó el control de la mujer embarazada y el seguimiento de su hijo, así como el control y aplicación de donantes de órganos (Segura, 2002).

Estrategia de intervención	Institución que aplicó la estrategia	Período de aplicación	Participación comunitaria	Participación social
Vertical	Servicio Nacional y Programas provinciales de control de Chagas	1962-1992	0	0
Horizontal, participación comunitaria	Servicio Nacional y Programas provinciales de control de Chagas	1993-2000	60*	5
Horizontal, Redes Sociales	En Avellaneda y Gral. Taboada, Sgo. del Estero, 2002-2004	Desde julio 2002	40**	80**

* Evaluación externa de siete provincias, incluida Santiago del Estero, 1997, 1998 (Fuente: CENIDE-ANLIS y CNCV).

** Evaluación presentada en este trabajo.

Tabla 1 - Porcentaje de aplicación de estrategias de intervenciones de control de la transmisión del T. cruzi, e inserción de redes sociales con el objetivo de control del Chagas en la Argentina

Si bien los indicadores epidemiológicos mostraban una tendencia general aparentemente muy favorable hacia 2000, es necesario comprender que los promedios nacionales de infestación y cobertura de la vigilancia diluían y ocultaban la heterogeneidad de las condiciones de transmisión e infestación a nivel local y su relativamente rápida variación temporal frente a la paralización de las acciones de control (Segura, 2002).

Es muy difícil lograr que algún programa, aún bien estructurado, logre adaptar su funcionamiento a la práctica de la participación de la comunidad. Aún hoy, continúa existiendo una tendencia a verticalizar las acciones en la Argentina, aunque desde 1993 se hayan instalado programas con estrategias de participación comunitaria (Segura y col., 2002, Segura, 2002).

Esta tendencia también se ha observado en el control del Dengue: "Existe un distorsionamiento conceptual en los programas nacionales. Bajo el componente de comunicación social, suele persistir la tendencia a recurrir a la participación comunitaria como un instrumento de ahorro de recursos financieros y materiales al sector salud y al Estado en su conjun-

to. En este caso, la participación comunitaria es sinónimo de colaboración de la población para con el sector salud, que se refleja en el uso de mano de obra para estrategias tradicionales de visita casa a casa, mingas de salud y campañas de descacharrización, entre otras. Así, la participación comunitaria pierde el valor de estrategia de cambio social y de estrategia para la promoción de la ciudadanía, cuyo enfoque es el sector salud como facilitador. En consecuencia, los programas esperan que: a) los intereses de las comunidades sean sus intereses, b) los líderes comunitarios sean neutrales a otros actores de la sociedad, c) las condiciones de vida de las personas no sean limitantes al cambio de hábitos en los patrones de conducta dentro de la correlación salud-enfermedad.

El grupo focal para evaluación del componente de comunicación social en los programas (Reunión Técnica - Guayaquil, Ecuador, marzo 2002) concluyó que los programas nacionales:

- a) tienden a persistir en la verticalidad histórica, diciendo a la comunidad qué hacer y cómo hacer, olvidándose de observar la realidad, de oír a las personas y de ejecutar lo que es factible;
- b) necesitan cada vez más fortalecer la calidad técnica de las actividades a través de la validación de materiales, del establecimiento de línea basal, del establecimiento de indicadores (evaluaciones cualitativa y cuantitativa), de la realización de cortes de monitoreo y de la determinación de conducta factible" (Prado M., 2003).

El proyecto de Redes Sociales para la vigilancia de la transmisión del *T. cruzi*, significa una profundización de la estrategia de participación comunitaria para la vigilancia. Compartimos el concepto de redes sociales como: "Sistemas de relaciones entre actores, sean instituciones o personas, que se abren a otras organizaciones o personas, con las cuales entran en comunicación con fines de utilidad en general, los cuales se traducen en producción de bienes o servicios teniendo como beneficiarios a poblaciones de escasos recursos o con necesidades básicas insatisfechas. Estos sistemas abiertos están en constante cambio y potencian sus integrantes y satisfacen sus necesidades y expectativas al reconocer y poner en acción los recursos y fortalezas que ellos poseen para el logro de una mejor calidad de vida". ("Las redes sociales: nuevo modelo de organización para el desarrollo humano sostenible", Morillo de Hidalgo, en Puntal, 2000).

No se pueden considerar las redes sociales sin primero hacerlo con las redes de comunicación: "Comunicación es todo conjunto de signos intercambiados entre hombres y producidos intencionalmente con la función objetiva, explícita o no, de actuar sobre, o interactuar con, otros hombres. La etimología del término comunicación, viene del latín, *communis facere*, hacer juntos y entendemos por ello que existe comunicación si los mensajes intercambiados entre los diversos interlocutores son el producto de una actividad conjunta, aun si esta producción en común está fragmentada en etapas y éstas diferidas en el tiempo". (Rosenfeld, 2000).

Por sobre todo, para que realmente las comunidades sientan como propios los proyectos, nos dispusimos a realizar reuniones e intercambios en el terreno, para poder hacer en primer lugar, un diagnóstico

situacional y un reconocimiento de la población. De este diagnóstico surgen los aspectos facilitadores y los obstáculos propios de cada comunidad así como la posibilidad de escuchar y propiciar que afloren sus capacidades y creatividad. Estos conceptos han sido la base del método aplicado para la convocatoria y la construcción de las redes sociales, en las ciudades y localidades en las que se trabajó en este proyecto.

La estrategia empleada en el proceso de conformación de redes sociales en este proyecto, fue la de poner juntas a personas que nunca se habían sentado a intercambiar opiniones sobre temas de preocupación común, y a analizar soluciones. Tampoco habían compartido "un mate" (manifestación de uno de los coordinadores); se habían encontrado solamente en reuniones familiares o en actos cívicos. En este marco, los investigadores nos orientamos hacia la búsqueda de los conocimientos propios del grupo. Nos basamos en los principios que designan el saber del sentido común como una forma del pensamiento social, que son modalidades del pensamiento práctico orientado hacia la comunicación, comprensión y manejo del ambiente social, material o ideal, y están marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como por las comunicaciones a través de las cuales circulan (Jodetet, 1993). Para llevar a cabo el progreso de la interacción social y su sostenimiento, elegimos actuar el intercambio de comunicaciones con los miembros de los grupos sociales en estudio, a través de talleres de integración y participación comunitaria.

El objeto de estudio sobre el conocimiento del sentido común, obra con la finalidad de comunicar, para que los miembros de la Red puedan sentirse dentro del circuito social. Es necesario establecer una red comunicacional con el lugareño, aspirar al óptimo intercambio y lograr la estabilidad de la relación de la Red Social. Ello beneficiaría la modificación de hábitos y costumbres, propiciando un cambio cultural.

2. OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue introducir la promoción y el desarrollo El objetivo de este trabajo fue introducir la promoción y el desarrollo de Redes Sociales para estimular las acciones de vigilancia participativa para el control de la transmisión de *Trypanosoma cruzi* (Chagas), que integren a la comunidad con el hospital y el sector de trabajadores rurales, en dos departamento de de Santiago del Estero, Argentina, Sudamérica.

3. MÉTODOS

3.1. ASPECTOS FÍSICOS Y DEMOGRÁFICOS DEL ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en los departamentos de Avellaneda y General Taboada de la provincia de Santiago del Estero (figura 1). El número de habitantes está detallado en la tabla 2.

	Número de habitantes	% analfabetos	% NBI	% vivienda rancho
Total provincia	80.5347	10	30,7	33
Departamento de Avellaneda	19.385	15	40	60
Departamento de General Taboada	37.456	15	40	35

* Datos del Censo Nacional argentino 2001, Ministerio de Economía.

Tabla 2 - Datos demográficos de los departamentos de Avellaneda y Gral. Taboada, provincia de Santiago del Estero, Argentina, 2001.*

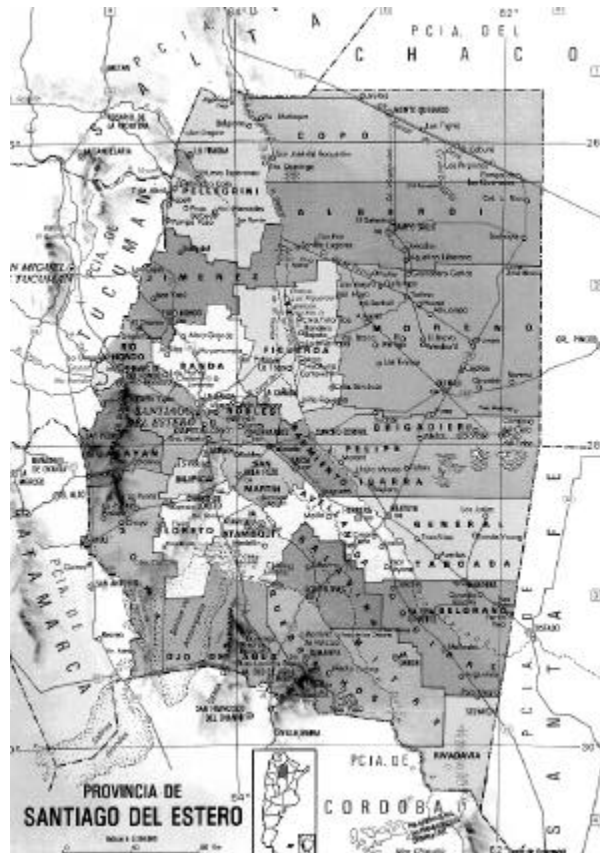


Figura 1 - Mapa de la provincia de Santiago del Estero. Departamentos de Avellaneda y General Taboada

3.2. ROCIADO DE ATAQUE QUÍMICO CON INSECTICIDAS (AQI) EN LOS DEPARTAMENTOS.

Antes de instalar la vigilancia, la zona fue tratada en ataque químico con insecticidas (AQI). En el departamento de Avellaneda, la CNCV realizó también un rociado, que comprendió las localidades y parajes listados en el Anexo 3, que corresponde al número de talleres comunitarios que recibieron las comunidades mencionadas (ver definición de talleres en el Anexo 1).

3.3. DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA PARTICIPATIVA APLICADA EN LA CAPACITACIÓN PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN DE *T. CRUZI*

La estrategia de trabajo en talleres se utilizó tanto para la consolidación de las redes sociales como para la instalación de las medidas de control, una vez que las redes decidieron tomar como primer objetivo el control de la transmisión de *T. cruzi* (ver Anexo 1). Para instalar la vigilancia participativa, en el marco de las Redes Sociales, se siguió el algoritmo mencionado a continuación.

3.4. ALGORITMO DE LA INSTALACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN DE *T. CRUZI* POR REDES SOCIALES¹⁶.

1. Promoción de redes sociales

- Convocatoria.
- Taller 1 de Redes Sociales.
- Definiciones.
- Fijación de objetivos.
- Acuerdos para establecer el Programa de la Red del lugar.¹⁷
- Taller 2 de Redes Sociales.
- Cómo se desarrollaron los acuerdos.
- Escritura y revisión del programa de la Red y de los objetivos.
- Aplicación al objetivo de la vigilancia (control) del Chagas.
- Relevamiento de recursos:
 - a. Docentes (D), agentes sanitarios (AS), agentes municipales (AM), jefes y jefas de hogar (JJH), voluntarios (AV).
 - b. Automotores.
 - c. Prensa.
 - d. Acceso a los recursos específicos del Estado.
 - e. Contribución de las ONG.
 - Taller 3 de Redes Sociales.
 - Planeamiento de la capacitación:
 - a. Para docentes y efectores: AS, AM, JJH, AV [acordar con el Programa Provincial de Chagas (PPCH) o con la Coordinación Nacional de Control de Vectores (CNCV)].

¹⁶ Todas las técnicas están descritas en Esquivel y cols., 1997 y Anexo 1.

¹⁷ Convocatoria y elaboración de una propuesta de trabajo, que consiste en: declaración de propósitos, definición de metas y objetivos, desarrollo de un plan de acción, definición del proceso de toma de decisiones, planificación de la comunicación, elección de una estructura de organización. Este documento fue revisado en varias oportunidades por las redes.

- b. Cursos para médicos, bioquímicos, técnicos de laboratorio y enfermeros.
- Taller 4 de Redes Sociales: organización social civil y financiamiento.

2. Vigilancia de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* e integración a conceptos saludables en el hogar

- 2.1. Capacitación (ya acordada con el PPCH y la CNCV).
2.1.1. Taller 1 para docentes y efectores (comienza con encuesta 1 de líderes en Redes).
2.1.2. Cursos para médicos y bioquímicos, técnicos de laboratorio y enfermeros (comienza con encuesta 1 de profesionales en Redes).
2.2. Instalación de la vigilancia en terreno.
- Taller 2 para docentes y efectores, "en servicio" en cada una de las localidades o parajes donde trabajan.
- Definición de vigilancia y manejo de los afiches (Anexo 4) para efectores y comunidad.¹⁸
- Cartografía. Censo (ver Manual, Anexos 1 y 2).
- Manejo de planillas, inspección en viviendas, repaso de aplicación de insecticidas (ver Manual, Anexo 1).
- Cinética del trabajo y de la entrega de información (ver Manual, Anexo 1).
- Conceptos sobre supervisión, anuncio de la misma (ver Manual, Anexo 1).
- Planeamiento de las actividades individuales de los efectores.
2.3. Taller 3: repaso de vigilancia "en servicio" e instalación y planificación de la vigilancia por serología.
2.4. Instalación de la Red de Información Profesional.¹⁹

3. Supervisión de las actividades de vigilancia

- 3.1. Recorrido trimestral por cada paraje o localidad, con la aplicación de las encuestas de "evaluación de poblador para supervisión", "evaluación de líder", en las localidades y viviendas sorteadas. A cargo de un técnico externo al departamento de la provincia, con movilidad independiente.
3.2. Supervisión médica de la organización provincial.

4. Evaluación externa

- 4.1. Control de la calidad del diagnóstico y seguimiento de los niños tratados o bajo control médico.
4.2. Evaluación de las actividades de vigilancia de la transmisión, en todos los niveles de actuación para la vigilancia de la transmisión de *T. cruzi*, incluyendo el sostenimiento del objetivo por parte de los programas provinciales incluidos en aquélla.

¹⁸ "¿Qué debemos hacer para siempre después del rociado con insecticida? Para efectores y pobladores (ver Anexo 1).

¹⁹ Boletín de médicos, bioquímicos, técnicos de laboratorio y enfermeros.

4.3. Taller 5 de Redes Sociales evaluación y funcionamiento (ver Manual, Anexo 1).

Las siguientes son las consignas para el cambio, transmitidas como objetivo mínimo a la comunidad.²⁰

- **Mover y sacudir las cajas o depósitos de papeles del interior de la vivienda, en cada cambio de estación.**
- No compartir el dormitorio con perros, gatos, ni dejar empollar a las gallinas en el interior de la vivienda.
- **Rellenar las grietas de las paredes.**
- **Buscar las vinchucas cada mes, adentro de la vivienda y en el peridomicilio.**
- **Denunciar apropiadamente el hallazgo de vinchucas.**
- **Construir los depósitos de alimentos alejados de los dormitorios.**

4. RESULTADOS

4.1. DESARROLLO DEL ACUERDO DE REDES SOCIALES

4.1.1. Constitución de la red social

El intercambio de comunicaciones, con los miembros de los grupos sociales en estudio, se realizó a través de talleres de integración y participación comunitaria. Los miembros de las redes sociales compartieron la definición de los beneficios de trabajar en red (Montero, 2003).

Beneficios de trabajar en red (ver Anexo 1)
a. La existencia de las redes no le quita responsabilidad al Estado, lo refuerza y apoya su accionar.
b. Permite la posibilidad ilimitada de articular acuerdos.
c. Crea independencia burocrática.
d. El beneficio y el éxito son para todos los habitantes de la localidad o localidades vecinas.
e. Ejecución y capacitación locales.
f. Evaluación y supervisión locales.
g. Necesidad de supervisión externa.
h. Posibilidad de lograr un cambio cultural local.

Tabla 3 - Beneficios de trabajar en red

Se realizaron cinco talleres para la consolidación de la Red Social (tabla 3). Hubo diferentes modalidades para el establecimiento de las Redes, según el departamento de que se tratara:

En el departamento de Avellaneda se realizaron dos talleres el 1° de julio de 2002, en dos localidades separadas por 60 km, sobre la Ruta 34:

²⁰ Estas consignas se tomaron de Chuit y cols. (2001), y corresponden a los comportamientos de familias con niños sin infección por *T. cruzi*, habitantes de las viviendas rurales de Santiago del Estero.

Lugones, al norte, y Colonia Dora (cabecera del departamento) al sur. En la primera, el mayor énfasis de asistencia estuvo en los maestros de escuela primaria. En el tercer taller (agosto de 2002), se desprendió la Red de Mailín, localidad ubicada a 20 km hacia el suroeste de Lugones (tablas 3, 6). En la segunda, Colonia Dora, se produjo el desprendimiento de las Redes de Icaño y Real Sayana, ambas al sur sobre la misma ruta, también a partir de la tercera reunión (tablas 3, 6).

Colonia Dora es la cabecera departamental de Avellaneda y también constituye el punto de cruce de rutas que conectan las R. N. 9 y 34, por lo que es un centro comercial y de concentración productiva. El Intendente de Colonia Dora tomó a su cargo la coordinación de la red, a partir de la tercera reunión (tablas 3, 6). Esta red surgió bajo la influencia del liderazgo del Intendente, médico conocido por la comunidad, y de la vicedirectora de la escuela primaria. Ambos pasaron la coordinación de la Red a la agente sanitaria de una localidad, bajo la responsabilidad de la intendencia. Esta agente realizó un curso de capacitación para Agentes Sanitarios, dictado por una ONG. Las Redes tardaron en solicitar la capacitación para Chagas. Esta solicitud era la condición que los investigadores habían establecido, para no "imponer" capacitación, y de ella resultaría la inminencia de la organización del trabajo de vigilancia. Fueron necesarias dos y tres reuniones más de trabajo sobre y con la red social de Mailín y Colonia Dora - Lugones, respectivamente, para que las redes correspondientes solicitaran los Talleres de Vigilancia de la Transmisión de *T. cruzi* (tablas 3, 6). Durante 2003, la localidad de Herrera solicitó ser visitada para apoyar la organización de una Red Social.

La consolidación de la red social de Añatuya, departamento de Gral. Taboada, fue la más tardía. Se produjo en la sexta reunión, en la cual designaron coordinador (febrero 2003) (Tablas 3, 6). Añatuya es la ciudad más importante del sur de la provincia. Tiene 22.000 habitantes, es la sede del Obispado de Añatuya que coordina a la congregación religiosa católica en la provincia, y está ubicada al este del Río Dulce y del Hospital Zonal. En 1995 tuvo comienzo un proyecto de tratamiento de la enfermedad de Chagas llamado "Vivir sin Chagas", llevado a cabo por Cáritas Añatuya, con apoyo de la Fundación Bunge y Born. Ese mismo año, el Municipio inició su interés por el control del Chagas en el ámbito de la ciudad. Entre abril y junio de 2002, la Fundación Mundo Sano promovió la articulación entre las empresas privadas y el Estado (CNCV), con treinta voluntarios de las empresas. En dos meses rociaron 1974 viviendas de la ciudad de Añatuya, incluidas alrededor de 300 en el área rural, al oeste del departamento de Gral. Taboada. Éste fue uno de los principales motivos por los que este proyecto se instaló también en Añatuya, desde el 2 de julio de 2002.

La Red Social de Añatuya trabaja para el control del Chagas, bajo un acuerdo de división de las responsabilidades entre sus miembros para cubrir la ciudad, según sectores geográficos definidos. Los acuerdos comunes, a partir del establecimiento de la Red Social, provocaron un estímulo de las acciones, pero el flujo de la información sufre la influencia de la organización estanca de esta red. Si bien existieron influencias de la conducción

política central, antes de la intervención federal a la provincia, fueron más fuertes las necesidades de liderazgo personal de los representantes de los diferentes sectores. El ejercicio de las sucesivas reuniones, a pesar del disenso, y la necesidad de interactuar en el marco de la labilidad de la realidad presente, permite pronosticar la mayor necesidad de acuerdos, el surgimiento de otros líderes o de otros proyectos de cambio.

Forma parte de la Red Social de Añatuya, una médica de acción radiante del Hospital Zonal, la cual se hizo cargo de la vigilancia de la transmisión de *T. cruzi* en el área rural que rodea a esta ciudad. Esta área se ubica al oeste del departamento de Gral. Taboada y cuenta con 5.000 habitantes.

La segunda Red de Gral. Taboada es un desprendimiento de la Red de Añatuya, que se organizó en 2003 en Los Juríes, localidad que posee 6.000 habitantes. Desde marzo de 2003 acudieron todos sus efectores a la capacitación de docentes, AS, JH, médicos y bioquímicos. El coordinador de esta red es el Director del Hospital Distrital.

4.2. ORGANIZACIÓN DE LAS REDES SOCIALES

La característica más sobresaliente del comienzo de la organización de las redes sociales, fue la precocidad con la cual solicitaron los talleres de capacitación para Chagas y los insumos para realizar el control.

La modalidad de organización política y social de los dos departamentos de señaló un perfil diferencial de los mismos, que terminó caracterizando la modalidad de los acuerdos y la negociación que fueron necesarios para conformar las Redes Sociales. En el departamento de Avellaneda, se encuentra más distribuida la autoridad de gestión administrativa, Lugones, Mailín y Real Sayana, tienen delegados municipales del gobierno provincial y Colonia Dora, que es la ciudad cabecera del departamento de, tiene una intendencia elegida por votación. El departamento Gral. Taboada cuenta con la ciudad de Añatuya, una de las dos ciudades más numerosas de Santiago del Estero, fuera de la capital de la provincia.

Por otra parte, en Añatuya, están instaladas dos Organizaciones no Gubernamentales (ONG), Cáritas Añatuya y Fundación Mundo Sano, ambas con sede en esa ciudad, así como el Obispado de Añatuya, que tiene una participación directa en las actividades de la comunidad. En el departamento de Avellaneda, en cambio, actúan algunas ONG que no tienen sede local y realizan acciones discontinuas.

Las siguientes características institucionales (tabla 4) son las que han contribuido para diseñar el perfil de la promoción de las ocho Redes Sociales actuales de los dos departamentos.

Características institucionales de las redes
Lugones: escuela, salud (PS*), municipio, policía, iglesia.
Mailín: salud (PS), escuela, comunidad, municipio, prensa.
Herrera: intendencia, salud, escuela, policía, iglesia.
Colonia Dora: escuela, intendencia, Concejo Deliberante, comunidad, prensa, PS de localidades conectadas.

Icaño: salud (PS), escuela, partido político, municipio, comunidad.
Real Sayana: salud (PS), iglesias católica y luterana, escuela
Añatuya y área rural próxima: Cáritas Añatuya, mundo sano, municipio, hospital zonal y ps, escuelas, prensa.
Los Juríes: hospital y PS, intendencia, escuelas, prensa, policía.

* PS: posta sanitaria.

Tabla 4 - Características Institucionales de las Redes Sociales

La promoción de la organización llevó un esfuerzo significativo para la concreción del trabajo en Red Social (tabla 5). Si bien ninguna estructura de Red Social es pura, todas las redes de este proyecto han tomado estructura en "mesa", es decir, que todos sus miembros se reúnen para tomar las decisiones. En un caso, un líder con influencia en la comunidad, tomó para sí el papel de coordinador (Colonia Dora) y designaron juntos las funciones de los miembros de la red. Pero en el resto de las redes, se observó un resquemor a destacarse, que se fue modificando poco a poco.

Organización y funciones de las redes

a. Lugones

- A. Sede: escuela, co-coordinan el director y la supervisora de APS.
- B. Veinticuatro escuelas del dto. de Avellaneda están informando en forma triangulada al director y al supervisor escolar de la zona 02: incorporaron a las clases el tema Chagas y visitan las viviendas para identificar las infectadas. El municipio tiene incorporados, tres técnicos, capacitados por el Servicio Nacional, que acudirán frente a denuncias. Incorporarán personas del plan jefes y jefas de hogar.
- C. Los jóvenes del grupo de la iglesia dan talleres promocionales a la gente después de la misa. Funciona la red con reuniones de coordinación, una vez por mes.
- D. Fuerte comunicación epistolar.

b. Mailín

- A. Sede: puesto sanitario, coordinación: supervisora de APS y directora de la escuela.
- B. Veintidós miembros de la comunidad trabajan en las viviendas (recibieron taller en octubre de 2002) se incorporaron dos jefes de hogar por la municipalidad. Periodista de la FM local pasa mensajes promocionales y citaciones a la población. Funciona con reuniones de coordinación, entrega de materiales e información, una vez por semana.

c. Herrera

Sede: intendencia, hospital. Docentes, jefes y jefas de hogar.

d. Colonia Dora

- A. Sede: centro cultural o escuela. Coordinan: intendente municipal y directora de la escuela.
- B. Intendente consigue recursos humanos de jefes y jefas de familia.
- C. Farmacéutico a cargo de confirmar la clasificación de triatomos y su estudio parasitológico. Periodista de AM local, mensajes y citaciones.
- D. Concejal, propietario del cable de TV.
- E. Funcionan con reuniones cada quince o cada treinta días.

e. Icaño

- A. Sede: puesto sanitario. Coordina: supervisora APS.
- B. Médica radiante, agentes sanitarios, comunidad, escuela. Visitan las viviendas, detectan viviendas infestadas.
- C. Incorporarán jefes de hogar.
- D. Funcionan con reuniones semanales.

f. Real Sayana

- A. Sede: puesto sanitario. Coordina, supervisora APS.
- B. Médico radiante, agentes sanitarios, comunidad, escuela. Visitan las viviendas, detectan viviendas infestadas.
- C. Incorporarán jefes de hogar.
- D. Funcionan con reuniones quincenales.

g. Añatuya

- A. Cáritas: proyecto Vivir sin Chagas con la Fundación Bunge y Born, Fundación Mundo Sano: control de Chagas, rociaron en ataque con Servicio Nacional y Provincial de Chagas, con empresas privadas. Huertas con INTA. Cáritas y Mundo Sano tienen sedes oficiales en Añatuya.
- B. Vigilancia en área urbana: Cáritas y municipio. Promoción escolar, difusión radial y televisiva, organizan proyectos de desarrollo.
- C. La red local se reúne solamente en caso de realizar alguna actividad específica del proyecto de red. Médica radiante trabaja con las escuelas, personal del área rural. Intendencia municipal: trabaja en vigilancia en la ciudad.

h. Los Juríes

Sede: club deportivo, hospital, intendencia, docentes, APS.

Tabla 5 - Organización y funciones de las redes

4.2.1. Evaluación Social de la evolución de las interacciones de los miembros de las Redes Sociales en la comunidad

Sobre las ocho redes sociales que se han constituido en los departa-

mentos de Gral. Taboada y Avellaneda para la prevención del Chagas, se está realizando un trabajo de evaluación simultáneo al Programa de Capacitación Participativo.

Para la evaluación de los líderes de las redes sociales se ha utilizado un instrumento que permite a los participantes listar a todos aquellos agentes sociales –personas físicas e instituciones– a los que considera miembros de la red y con los que trata de manera más o menos habitual el tema Chagas. A la vez, el instrumento utilizado consiste en un gráfico con círculos concéntricos en cuyo centro se encuentra el líder y con círculos cada vez más amplios donde debe señalar el grado de proximidad o lejanía que sostiene con los otros miembros de la red, con los que interactúa con mayor o menor frecuencia.

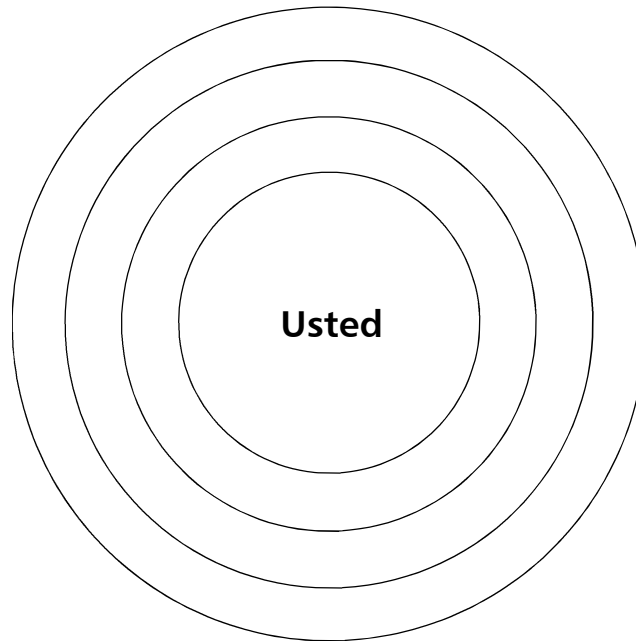
Este instrumento de evaluación es administrado durante el primer contacto con la comunidad y antes de recibir cualquier tipo de capacitación. El único requisito para su administración es que exista un principio de diálogo horizontal entre el equipo profesional y la comunidad. El taller se realiza a posteriori de la administración. Los datos obtenidos en este primer contacto son denominados: "Evaluación 0" .

El cuestionario de evaluación vuelve a ser administrado luego de los primeros diez meses de funcionamiento de la Red y de un promedio de cinco meses en que los líderes participan de la redes sociales para la prevención del mal de Chagas. Los datos obtenidos durante esta segunda etapa son denominados: "Evaluación 1".

Cuestionario de evaluación de la Red Social. Fecha:

Nombre del miembro de la Red Social:

Localidad / departamento:



Miembros de la Red	Papel o relación
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

El mismo procedimiento se repite a los dieciséis meses de funcionamiento de la Red y once meses de trabajo sobre vigilancia de la transmisión de *T. cruzi* y posibilita la tercera etapa y, por lo tanto, la "Evaluación 2" .

El material obtenido, hasta este momento, permite establecer comparaciones entre las "Evaluaciones 0 y 1", dado que muy pocos miembros han alcanzado el estadio de la "Evaluación 2".

Asimismo, debe consignarse que no todos los participantes poseen dos evaluaciones, dada la movilidad característica de este tipo de redes sociales en su etapa constitutiva.

En las siete redes sociales conformadas en las distintas ciudades o localidades rurales de la Provincia de Santiago del Estero –las que serán identificadas por el nombre del lugar en el que se asientan– han podido evaluarse comparativamente catorce líderes: tres en Lugones, uno en Mailín, uno en Real Sayana, uno en Añatuya, dos en Colonia Dora y seis en Icaño.

Estas redes, promovidas intencionalmente, en función de los objetivos de las acciones de Vigilancia participativa de la transmisión de *T. cruzi*, requieren, no obstante, de la participación voluntaria y consciente de los líderes que forman parte de ellas. Como toda red, intenta dar respuesta a necesidades de la comunidad y supone articulaciones y conexiones entre grupos y personas con un objetivo central que funciona como el hilo que sostiene todas esas relaciones.

La función central del instrumento de evaluación utilizado consiste en explorar la representación que sobre la red social y sus miembros poseen los líderes del programa, así como las posibles modificaciones operadas en función del tiempo transcurrido, la capacitación participativa y las tareas desplegadas comunitariamente.

En esta perspectiva sería deseable promover en los participantes un cambio de la representación, que implique una participación más extendida y amplia que permita, a su vez, incrementar y multiplicar recursos y dar respuestas más eficaces.

A partir de lo expuesto, se ha realizado un análisis cualitativo de las respuestas a la evaluación administrada a los líderes de las redes sociales.

Se han establecido tres categorías para las distintas y variables alternativas de respuestas dadas por los evaluados:

Categoría 1: abarca todas aquellas respuestas en las que se menciona a alguna persona física individual, a la que el líder identifique relacionado al tema de Chagas, con el que tenga contacto y con el que interactúa, sea o no parte de la red. Todas las personas individualizadas, aunque no lo sean con su nombre, se incluyen en esta categoría, independientemente de la función que cumplan dentro de la comunidad.

Categoría 2: abarca todas aquellas respuestas en las que el líder muestra un intento de colectivizar y, por lo tanto, identifica situaciones grupales. Estos agrupamientos pueden ser más o menos imprecisos, sin constituir, necesariamente, un nodo proactivo para alcanzar los objetivos propuestos por la red.

Categoría 3: abarca todas aquellas respuestas en las que se mencionan colectivos con alto grado de organización y claros objetivos tendientes al bienestar general, que resulten potenciadores de los objetivos buscados.

A partir de esta categorización se clasificaron todas las respuestas obtenidas en las distintas instancias de evaluación. En este marco, la significación fue otorgada por la percepción y representación que el líder tuviera de los miembros de la red, es decir, por su cualidad multiplicadora, y no por la cantidad de respuestas que listara o las interacciones que identificara en el diagrama de círculos concéntricos.

Asimismo, se han efectuado comparaciones entre las "Evaluaciones 0 y 1", es decir, luego de transcurridos diez meses de tarea. En pocos casos ha podido administrarse la "Evaluación 2", en tales circunstancias se incluye esa comparación.

El resultado de las comparaciones se clasifica en tres alternativas:

- 1) *Sin cambios:* cuando no es posible encontrar modificaciones las categorizaciones de las respuestas dadas por el líder.
- 2) *Con cambios cualitativos leves:* cuando se obtienen modificaciones y es posible detectar el pasaje de una categorización a otra superior, en hasta tres respuestas.
- 3) *Con cambios significativos:* cuando los cambios en las categorizaciones pueden contabilizarse en tres o más respuestas obtenidas. Cuando todas las interacciones consignadas corresponden a la Categoría 3.

Red Social Lugones: Se han podido efectuar comparaciones en tres participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica seis interacciones, las seis correspondientes a la Categoría 2.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica seis interacciones, dos correspondientes a la Categoría 1, una respuesta correspondiente a la Categoría 2 y tres correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Líder 2 - Evaluación 0 - Identifica seis interacciones, una respuesta de Categoría 1, tres de Categoría 2 y una de Categoría 3.

Líder 2 - Evaluación 1 - Identifica siete interacciones, dos respuestas de Categoría 1, dos respuestas de Categoría 2 y tres respuestas de Categoría 3.

Líder 2 - Evaluación 2 - Identifica siete interacciones, dos respuestas de Categoría 1, dos respuestas de Categoría 2 y cuatro de Categoría 3.

La comparación entre estas tres evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Líder 3 - Evaluación 0 - Identifica seis interacciones, cinco correspondientes a la Categoría 1 y una correspondiente a la Categoría 2.

Líder 3 - Evaluación 1 - Identifica siete interacciones, cuatro correspondientes a la Categoría 1, una correspondiente a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas tres evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos leves.

Red Social Mailín: se podido efectuar la comparación en uno de los participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica nueve interacciones, cuatro correspondientes a la Categoría 1, dos correspondiente a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica nueve interacciones, una correspondiente a la Categoría 1, tres correspondientes a la Categoría 2 y cinco correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Red Social Real Sayana: se ha podido efectuar la comparación en uno de los participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica doce interacciones, cuatro correspondientes a la Categoría 1, cuatro correspondientes a la Categoría 2 y cuatro correspondientes a la Categoría 3.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica ocho interacciones, una correspondiente a la Categoría 1, tres correspondientes a la Categoría 2 y cuatro correspondientes a la Categoría 3.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica cinco interacciones, una correspondiente a la Categoría 1, una correspondiente a la Categoría 2 y tres correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas tres evaluaciones no permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos o leves.

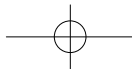
Red Social Colonia Dora: se ha podido efectuar la comparación en dos participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica quince interacciones, las quince correspondientes a la Categoría 1.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica trece interacciones, cinco correspondientes a la Categoría 2 y ocho correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Líder 2 - Evaluación 0 - Identifica cinco interacciones, una correspondiente a la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.



Líder 2 - Evaluación 1 - Identifica diez interacciones, cuatro correspondientes a la Categoría 1, cinco correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios leves.

Red Social Icaño: se ha podido efectuar la comparación en seis participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica cuatro interacciones, una correspondiente la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

Líder 1 - Evaluación 1 - Identifica seis interacciones, tres correspondiente la Categoría 1, una correspondiente a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos leves.

Líder 2 - Evaluación 0 - Identifica siete interacciones, tres correspondientes la Categoría 1, tres correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

Líder 2 - Evaluación 1 - Identifica tres interacciones, dos correspondientes la Categoría 1 y una correspondiente a la Categoría 3.

Líder 2 - Evaluación 2 - Identifica ocho interacciones, una correspondiente la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

La comparación entre las dos primeras evaluaciones no permite establecer la existencia de cambios. La comparación entre las evaluaciones 1 y 2 permite establecer la presencia de cambios cualitativos leves.

Líder 3 - Evaluación 0 - Identifica ocho interacciones, cuatro correspondientes la Categoría 1, tres correspondientes a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

Líder 3 - Evaluación 1 - Identifica once interacciones, una correspondiente la Categoría 1, tres correspondientes a la Categoría 2 y siete correspondientes a la Categoría 3.

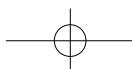
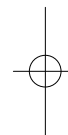
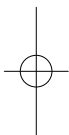
La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Líder 4 - Evaluación 0 - Identifica ocho interacciones, una correspondiente la Categoría 1, cinco correspondientes a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.

Líder 4 - Evaluación 1 - Identifica siete interacciones, dos correspondientes la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y cuatro correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos leves.

Líder 5 - Evaluación 0 - Identifica seis interacciones, dos correspondientes la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.



Líder 5 - Evaluación 1- Identifica seis interacciones, 3 correspondientes a la Categoría 1, uno correspondiente a la Categoría 2 y dos correspondientes a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones no permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos o leves.

Líder 6 - Evaluación 0 - Identifica cuatro interacciones, dos correspondiente a la Categoría 1, una correspondiente a la Categoría 2 y una correspondiente a la Categoría 3.

Líder 6 - Evaluación 1 - Identifica siete interacciones, una correspondiente a la Categoría 1, una correspondiente a la Categoría 2 y cinco correspondiente a la Categoría 3.

La comparación entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Red Social Añatuya: Se ha podido efectuar la comparación en uno de los participantes-líderes.

Líder 1 - Evaluación 0 - Identifica ocho interacciones, tres correspondientes a la Categoría 1, dos correspondientes a la Categoría 2 y tres correspondientes a la Categoría 3.

Líder 1 - Evaluación 1- Identifica cuatro interacciones, las cuatro correspondientes a la Categoría 3.

La *comparación* entre estas dos evaluaciones permite establecer la existencia de cambios cualitativos significativos.

Los datos son especialmente parciales, en algunas de las redes sociales constituidas, por ejemplo: Añatuya, Real Sayana y Mailín, donde se poseen sólo dos evaluaciones de un único líder. Esta dificultad responde de alguna manera a las características de la comunidad y a las específicas del trabajo en red y de este tipo de convocatoria. Se ha podido observar que un gran número de personas que concurren al primer encuentro y realizan la *Evaluación 0* no regresan ni continúan con el trabajo y son descartadas para efectuar comparaciones. De hecho, al realizar la primera convocatoria, los miembros de la comunidad desconocen la metodología y los objetivos del programa. No obstante, los respuestas consignadas en el instrumento de evaluación resultan útiles para conocer el tipo de interacción frecuente en las comunidades focalizadas.

Si bien los datos obtenidos hasta el momento resultan parciales, los resultados globales obtenidos en quince meses de trabajo sobre comunidades que comprenden 57.000 habitantes, demuestran que hubo un movimiento general de los componentes de las redes sociales, desde las interacciones individuales, hacia las interacciones colectivas. La graficación de los datos globales de todas las Redes, descriptos antes considerando cada Red social por separado, se grafican en la Figura 2, correspondiente al análisis de las encuestas iniciales y la Figura 3, correspondiente al análisis de las encuestas tomadas a un promedio de diez meses de la convocatoria para promover las Redes Sociales.

Asimismo, la movilidad que implica el trabajo comunitario en red hace que, frecuentemente, la constitución de nuevas redes, deje a las anteriores con menor presencia de los líderes de mayor antigüedad: un

ejemplo de ello es que algunos de los líderes comparados realizaron su Evaluación 0 en la Red Social de Colonia Dora y luego constituyeron otra en Icaño, o bien comenzaron en Lugones y luego pasaron a Mailín, donde completaron la Evaluación 1.

Otra de las dificultades está referida a la demora en el envío de las producciones escritas o a la resistencia que puede generar en la población el trabajo documentado.

Se siguen recibiendo gráficos y se continuará en esta línea de trabajo, en la medida en que se supone útil para la evaluación social acerca de la cosmovisión que poseen los líderes sobre la comunidad con la cual trabajar. Para otros investigadores,

Como perspectivas futuras, este análisis cualitativo triangulado con una perspectiva cuantitativa resulta posibilitador para la obtención de los indicadores sociales buscados y sus cambios posibles en el tiempo de ejecución del programa.

Hasta el momento, el análisis ha sido realizado por un observador externo, no involucrado con el equipo de trabajo, se propone –para el trabajo futuro– incorporar el sistema de dos jueces expertos para poder efectuar pruebas estadísticas que permitan conocer la concordancia interobservador y aumentar así la validez y la confiabilidad de los resultados.

Las redes son expresión de las relaciones sociales que se construyen y dan cuenta del modo en que las personas se vinculan para un trabajo coordinado con un objetivo común. La posibilidad de que los líderes del Programa modifiquen sus interacciones individualizadas con distintos miembros de la comunidad: el médico, el familiar, el enfermero, la maestra y puedan comenzar a sostener relaciones menos fragmentarias con otras agrupaciones potencializadoras de las tareas de Prevención y Vigilancia redundará, sin duda, en el fortalecimiento de la comunidad y del cambio cognitivo-comportamental buscado. A la vez, el posible cambio en la cosmovisión de los líderes permitiría el pasaje de posiciones más inmediatistas a otras que impliquen perspectivas de participación más extensas e intensas que fortalezcan recursos tanto internos como externos de la organización y, por lo tanto, permitan mejores respuestas facilitadoras para una mejor calidad de vida en la comunidad.

Para obtener el verdadero valor integrador del accionar de las Redes Sociales sobre la vigilancia de la transmisión del *T. cruzi*, este tipo de evaluación debe complementarse con la que se obtenga acerca del desempeño en la tarea de prevención. No puede desconocerse la importancia de la capacitación en la tarea preventiva, en la medida en que la misma implique un cambio efectivo en el comportamiento y la posibilidad de transferencia a la comunidad de los conocimientos adquiridos. Es harto conocida la posibilidad multiplicadora de este tipo de programa, aunque la evaluación que indique el sostenimiento del objetivo, a largo plazo, será aplicada a partir del establecimiento de las Redes Sociales, a principios de 2004. Resultó indispensable construir otro tipo de indicadores sociales que permitan dar cuenta del sistema de interacciones que sostienen los líderes en red y de los cambios que puedan operarse en el

mismo a partir de su incorporación al Programa de Prevención y Vigilancia para la Prevención del Chagas. Esta encuesta, será ensayada en la comunidad en diciembre de 2003.

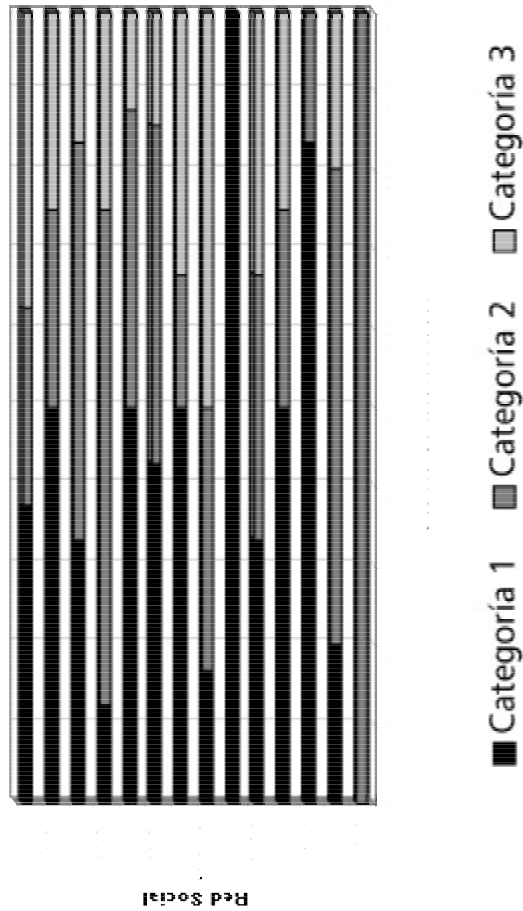


Figura 1 - Perfil inicial de las interacciones sobre Chagas de los futuros participantes en la Redes Sociales de Avellaneda y General Taboada, Santiago del Estero, 2002

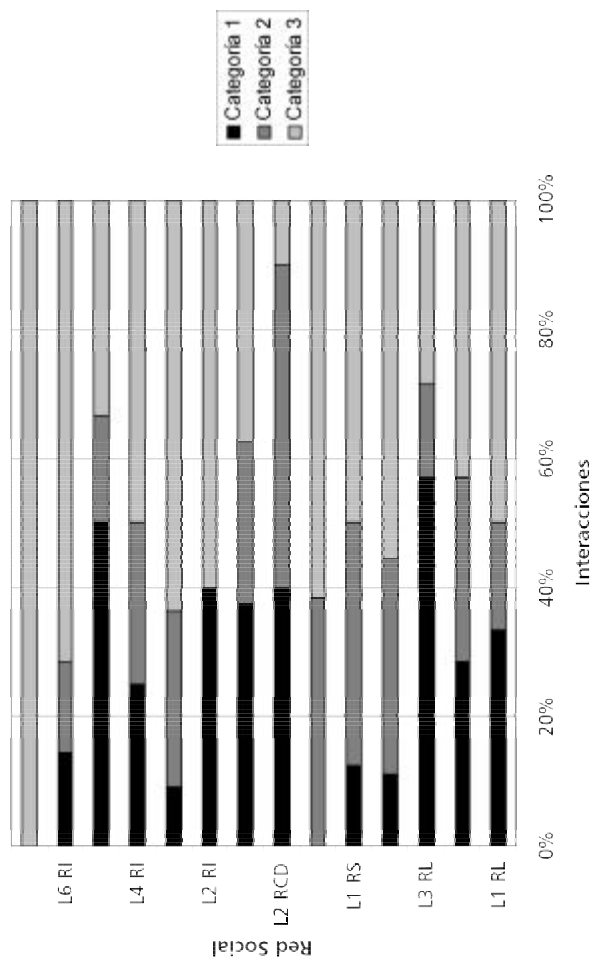


Figura 2 - Perfil de las interacciones sobre Chagas de los miembros de las seis Redes Sociales a los diez meses de funcionamiento en Santiago del Estero, 2003

4.3. Desarrollo de los talleres para la vigilancia (control) de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* (Chagas)

Los talleres I y II de vigilancia de la transmisión de *T. cruzi* (tabla 6), se realizaron entre octubre de 2002 y octubre de 2003, en Mailín, Lugones, Colonia Dora, Real Sayana, Herrera, Los Juríos y Añatuya, para alrededor de trescientos efectores comunitarios (EC) (tabla 6), el total de los dos departamento. El taller III de vigilancia de la transmisión de *T. cruzi*, se realizó en el departamento de General Taboada. En todos los casos, a los talleres asistieron: docentes, agentes sanitarios, agentes municipales, encargados de medio ambiente, líderes comunitarios (elegidos por las comunidades y capacitados por el SNCH entre 1993 y

1998) y jefes y jefas de hogar (tabla 6). En las tablas 6 y 7, no se han registrado los asistentes jefes y jefas de hogar, a los cuales se ha capacitado en los talleres II y III, para nivelarlos con los AS y LC.

Talleres de Red	Dto. de Gral. Taboada	Dto. de Avellaneda	Talleres vigilancia	Dto. de Gral. Taboada	Dto. de Avellaneda
1-3 julio 2002	Primero Añatuya (35)	Primero: Cnia. Dora, Lugones (47)			
7 agosto 2002	Segundo Añatuya (24)	Segundo: CD, L, Mailín (30)			
10 septiembre 2002	Tercero Añatuya (10)	Tercero: CD, Mailín, Icaño (33)			
19 octubre 2002	Cuarto Añatuya (8)	Cuarto: CD, L., Mailín, Icaño 10 parajes (45)			
20 noviembre 2002	Quinto Añatuya (10)	Quinto: CD, L., Mailín, Icaño (32)	Primero, Norte dto. de Avell. Jurés (58)		Mailín 23 octubre 02 (25)
5-7 diciembre 2002	5° Añatuya (16)	5° Cnia. Dora, Lugones, Mailín, Icaño (34)			
19-20 diciembre 2002			Primero, Sur dto. de Avellaneda		CD, I: con doce parajes y Lugones (60)
25-28 febrero 2003	Sexto: Añatuya (10)	Sexto: CD, L, Mailín, I. (32)			

24-28 marzo 2003			Primero, dto. de Gral. Taboada total	Añatuya: 17 barrios y Rural y km 13= (470 agen- tes inter.)	Real Sayana, total dto. de Avellaneda, (20 agen- tes inter.)
12-25 julio 2003			Segundo	Añatuya y área rural (400)	Cnia. Dora (78)
5-6 agosto 2003				Primero (15) Med- bioq (12)	
22-25 octubre Superv.			Añatuya (16 viv.) y área rural (16 viv) Taboada		
25 octubre 2003					Primero y segundo Chag. Herrera, Avell. (45)
28 octubre 21 noviembre 2003				Tercero En rural Taboada (120)	

Tabla 6 - Talleres (# de asistentes) de promoción de Redes Sociales y de Vigilancia del Chagas, desarrollados en el período julio 2002-octubre 2003, en localidades de los departamentos de Avellaneda y Gral. Taboada, Santiago del Estero, Argentina

El hospital o la posta sanitaria fueron los centros responsables de depósito y control de insumos. En las poblaciones alejadas del hospital, sin postas sanitarias, la escuela quedó encargada del depósito de insecticidas, máquinas, ropa de trabajo y manuales, así como de recibir los informes escritos de los efectores.

Los médicos de acción radiante (MAR), incorporaron a la supervisión, las tareas que el AS realiza para Chagas. La Red Social, recibe, discute y analizará los resultados de las acciones de vigilancia, desde los supervisores médicos, de APS y maestros.

Redes promovidas 1-7-2002	Solic. Capac. Chagas al 5° mes.	Solic. Capac. Chagas al 8° mes	Talleres s/control Chagas	Viviendas AS o líderes com.	N° AS y LC/ docentes
Lugones	Lugones		diciembre 2002	45	20/28
	Mailín		septiembre 2002	25	12/4
Cnia. Dora	Cnia. Dora		diciembre 2002	52	36/15
	Icaño		diciembre 2002	53	17/4
		Real Sayana	diciembre 2002	28	15/4
Añatuya		Añatuya ciudad	marzo 2003	95	30/30
		Rural Taboada	marzo 2003	34	100/60
		Los Jurés	marzo 2003	60	20/10
			Herrera septiembre 2003	39	25/14
				Total	275/169

Tabla 7 - Oportunidad de la solicitud de capacitación por las Redes Sociales para realizar las intervenciones de control de la transmisión del T. cruzi

Según se estableció en Métodos, se han compartido tres talleres participativos (ver Anexo 1), por parte de personal ya capacitado de la Red Social. El segundo taller fue en julio de 2003 y el tercero en Gral. Taboada, en octubre de 2003.

4.3.1. Financiación de los gastos ocasionados por los talleres

Para los talleres que se realizaron en el departamento de Gral. Taboada, en el cual se estaba instalando la vigilancia, se contó con financiación para el pago de los refrigerios que fueron necesarios. De origen local, organizados por las respectivas redes, ya que de esta forma los traslados son menos costosos y las personas no pierden la orientación geográfica de su pertenencia.

El papel de la financiación en la realización de talleres para vigilancia, estuvo muy influenciado por la capacidad de las redes para conseguirla. Las reuniones para hacer los talleres iniciales se realizaron en Colonia

Dora y en Añatuya. En Colonia Dora, la intendencia financió un almuerzo para los concurrentes, que en ocasiones tuvieron que caminar varios kilómetros para llegar. En Añatuya, donde se reunió en una semana a todos los agentes intermediarios del departamento de Gral. Taboada, la Fundación Mundo Sano financió los refrigerios y los traslados desde y hasta los lugares de origen de maestros, AS y agentes municipales. Los Manuales para la Vigilancia, escritos por los investigadores, y los folletos para la comunidad, también fueron financiados por la Fundación Mundo Sano (ver Anexo 1). En Añatuya, los talleres se realizaron en salones de Cáritas. Esta última contribuyó con la organización de talleres para la comunidad en las escuelas de Añatuya. La Supervisión de Escuelas de la Región contribuyó desde la citación de los docentes, hasta la organización local en las escuelas. Para los talleres participativos, se movilizó personal del programa anti-Chagas del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Santiago del Estero.

4.4 RESULTADOS DE LA CAPACITACIÓN DE EFECTORES PARA LA VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN DEL *T. CRUZI*

Se realizó, como se informó en Métodos, la encuesta del líder, antes del primer taller, para AS, JH, LC, cocineras²¹ y docentes del departamento de Gral. Taboada y algunos participantes del departamento de Avellaneda. En este último, la primera encuesta se realizó en el primer taller de Chagas (ver tabla 8).

En la tabla 9, se observa la formación previa que tuvieron los efectores, al momento de recibir el primer taller. La composición de asistentes al taller, fue equilibrada entre AS, JH y docentes. Por otra parte, el papel de los docentes en pocos casos fue directo en relación a la aplicación de las medidas de control. Sin embargo, en algunas localidades o parajes, donde no hay AS, ni enfermera y se hallan lejos del hospital, los docentes coordinaron la tarea de los JH.

La frecuencia con la que recibieron cuatro o más talleres participativos para la vigilancia del Chagas, coloca a los AS en la mejor posición entre el grupo de efectores (tabla 9). Este dato tiene relación con la aplicación de la estrategia participativa en la década de 1990 para la vigilancia de la transmisión (Segura, 2000), porque el diseño original de la estrategia participativa partió de la idea de llegar a la comunidad desde el AS (Chuit y cols., 1992). La antigüedad del promedio de los AS en estos departamentos es de veinte años. Varios de los quince AS que recibieron más de cuatro talleres, pueden haber estado participando de los compartidos en 1996-1998 (ver Anexo 3). Por otra parte, el Programa Nacional de Chagas, desarrollado durante la década de 1990, estableció la instalación de la vigilancia de la transmisión de *T. cruzi*, con un mínimo de tres talleres de capacitación para los efectores (Segura, 2002 y Anexo 1).

²¹ A cargo de los veintiocho comedores infantiles que Cáritas Añatuya tiene en la ciudad.

El 96% de los AS recibieron supervisión de los MAR, entre uno y tres meses. La supervisión, en el caso del desenvolvimiento de APS, es un elemento de estímulo y permite una continua posibilidad de consulta y de repaso conceptual de sus actividades.

	Líderes comunitarios	Agentes sanitarios	Docentes	Cocineras	Jefes de hogar	Total
Frecuencia de talleres N=182						
4 o más	6 (16,2)	15 (45,5)	4 (8,2)	1 (9,1)	8 (15,4)	34 (18,7)
1-3	16 (43,2)	15 (45,5)	26 (53,1)	4 (36,4)	43 (82,7)	104 (57,1)
Ninguno	15 (40,5)	3 (9,1)	19 (38,8)	6 (54,5)	1 (1,9)	44 (24,2)

Tabla 8 - Frecuencia de talleres de vigilancia para Chagas y supervisión según efectores, para la vigilancia de la transmisión del T. cruzi, en el departamento de General Taboada, Santiago del Estero, 2003.

Por otra parte, el significado de la capacitación de las cocineras de Cáritas Añatuya es diferente a los otros efectores. Ellas están en permanente contacto con los niños y con las familias de bajos recursos. Su tarea en la comunidad ha sido definida, por Cáritas Añatuya²², para la promoción de la prevención de enfermedades, en las reuniones mensuales que realizan con las familias usuarios de los comedores infantiles. En este grupo laboral, así como otros similares, debería estimularse la instalación de la vigilancia.

Los JJH fueron originalmente asignados como personal de mantenimiento y limpieza de las escuelas por el intendente de Añatuya. Debido a una solicitud y programa presentados por la MAR²³, estos JJH fueron compartidos para la realización de actividades de prevención del Chagas, coordinados por los Docentes. En el área rural de Gral. Taboada, existían muy pocos AS en relación a la población existente. Por ello la representante del Hospital Zonal de Añatuya, trató de cubrir con efectores el área bajo su responsabilidad. Este procedimiento también se siguió en el área de cobertura del Municipio de Los Jurés, con una amplia área geográfica de influencia, malos caminos y sin medios de transporte.

La Supervisión no profesional está siendo organizada para ser coordinada por las Redes Sociales. Constituye también la semilla para acordar un plan de evaluación con participación de la comunidad, en la medida del avance de la organización y compromiso de las Redes Sociales.

²² Coordinada por Crescencia López.

²³ Dra. Ana Saavedra.

	Líderes N (%)	Agentes sanitarios N (%)	Docentes N (%)	Jefes de hogar N (%)	Total N (%)
Número de colaboradores formados N=45					
Uno a seis	6 (33,3)	9 (81,8)	4 (33,3)	1 (25,0)	20 (44,4)
Ninguno	12 (66,7)	2 (18,2)	8 (32,0)	3 (75,0)	25 (55,6)
Cómo sabe el efector que hay vinchucas en viviendas a su cargo N=97					
A través de vecinos	10 (58,8)	8 (28,6)	13 (68,4)	22 (66,7)	53 (54,6)
Cuando visita la vivienda	7 (41,2)	20 (71,4)	6 (31,6)	11 (33,3)	44 (45,4)
A quién solicita insecticida cuando es necesario N=81					
A una persona	18 (100,0)	17 (77,3)	14 (87,5)	24 (96,0)	73 (90,1)
A una institución	0 (0,0)	5 (22,7)	2 (12,5)	1 (4,0)	8 (9,9)
Cómo comunica la necesidad de disponer de insecticida cuando es necesario N=85					
Avisa activamente	17 (94,4)	19 (86,4)	17 (94,4)	26 (96,3)	79 (92,9)
Espera que lo contacten	1 (5,6)	3 (13,6)	1 (5,6)	1 (3,7)	6 (7,1)
Cómo dispone el recipiente de insecticida una vez utilizado N=81					
Correctamente	11 (100,0)	17 (89,5)	11 (61,1)	29 (87,9)	68 (84,0)
Incorrectamente	0 (0,0)	2 (10,5)	7 (38,9)	4 (12,1)	13 (16,0)
Tipo de dispositivo que prefiere para aplicar insecticida N=62					
Aspersor o fumígeno	5 (55,6)	7 (50,0)	2 (22,2)	21 (70,0)	35 (56,5)
Aspersor	4 (44,4)	7 (50,0)	4 (44,4)	8 (26,7)	23 (37,1)
Fumígeno	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (33,3)	1 (25,0)	4 (6,5)

Tabla 9 - Indicadores del nivel de capacitación de los efectores comunitarios para realizar las actividades de instalación y mantenimiento de la vigilancia de la transmisión, con la comunidad

En la tabla 9, se observa que los AS siguen siendo los efectores que inicialmente tenían experiencia en la capacitación de colaboradores. Lo que necesitan es un mayor ejercicio en la participación con la comunidad, un fluir de conocimientos y responsabilidades, para formar un equipo de colaboración en la misma, ya que tal es la esencia de la estrategia participativa, instalada en la década de 1990 en la Argentina (Segura, 2002). Casi el 82% de los AS había capacitado colaboradores. El porcentaje de AS que no capacitó colaboradores es el menor.

El diseño de la vigilancia participativa, comprende una interacción entre el efector y el vecino. El efector, ya sea el AS o las otras categorías, debe visitar las viviendas cada tres meses, cuatro veces al año. En esa visita tomar contacto con los problemas o preocupaciones de los habitantes y, especialmente, preocuparse por el control del Chagas (ver métodos en Anexo 1).

Esta interacción queda demostrada en la naturaleza de las respuestas a la pregunta: "¿Cómo sabe el efector que hay vinchucas en una vivienda a su cargo?", descrita en la tabla 9. El AS es el que identifica las viviendas infestadas en sus visitas, el vecino realiza una importante contribución del 28%. Si el rociado de la vivienda se realiza a tiempo después de la denuncia o del hallazgo de infestación, se puede impedir la formación de importantes colonias de *T. infestans* y por lo tanto, impedir la transmisión.

Para la instalación de las medidas de vigilancia, es necesario una armonía en la secuencia de los pasos necesarios para detectar las viviendas infestadas y que puedan tomarse, rápidamente, las medidas de control en la vivienda infestada. Si constituye un gran esfuerzo que la comunidad interactúe para detectar vinchucas en sus viviendas y que se le haga saber al efector sobre las viviendas que están infestadas (tabla 11), es muy importante la reacción del efector para rociar esas viviendas.

En la tabla 9, ante la pregunta: "¿A quién solicita insecticida cuando es necesario?", se observa que los efectores solicitan el insecticida a sus niveles de supervisión, ya sea intermedia, médica, municipal o privada. Mayoritariamente existe una instancia personal antes que institucional, y este hecho demuestra el funcionamiento de un comando local, que integran las Redes Sociales. La solicitud de los insumos es crítica, como lo es la respuesta a esa solicitud. En más del 85% de las oportunidades el efector sale a solicitar el insecticida, personalmente o por carta, lo cual demuestra un alto nivel de compromiso con la comunidad.

Desde diciembre de 2003, las cantidades disponibles de insecticida no alcanzaron a cubrir las necesidades del tratamiento en la vigilancia. Este problema parece haberse resuelto. Ha sido causa de polémicas y acusaciones, a principios de ésta década, la disponibilidad de insecticidas en manos de los efectores comunidad. Uno de los indicadores que se utilizaron para oponerse a la participación de la comunidad, fue la poca formación de los efectores comunitarios para disponer de los envases utilizados para el insecticida. En el proyecto de Vigilancia por Redes Sociales, se ha puesto énfasis en este aspecto de la capacitación y en la

supervisión. De todas maneras, la capacidad de los efectores específicos inicialmente fue correcta en más del 89% (Tabla 9). Compartimos la necesidad de cuidar todo lo inherente a la seguridad de las personas y a la de los propios efectores.

4.5. SITUACIÓN DEL POBLADOR DEL ÁREA ENDÉMICA

4.5.1. Conocimiento de la enfermedad, su vector y conceptos sobre vigilancia

Los pobladores del área rural manifiestan un conocimiento básico, sobre la enfermedad y sus mecanismos de transmisión, que supera el 80%. Asimismo, aquellos conocimientos que son necesarios para la vigilancia de sus viviendas, se manifiesta en más del 65% de las respuestas de los pobladores de la zona bajo intervención. En la tabla 10, se describe la influencia de la educación formal sobre los tres indicadores mencionados.

Variables	Conocimiento de la Enfermedad de Chagas (1)		Conocimiento sobre la curación de niños infectados (2)			Conocimiento de las vías de transmisión (3)	
	Sí	No	Sí	No	NS	Sí	No
Nivel educación formal							
Sin instrucción	21 (63,6)	12 (36,4)	25 (86,6)	1 (3,2)	5 (16,1)	23 (76,7)	7 (23,3)
Con instrucción	369 (74,2)	128 (25,8)	438 (96,4)	8 (1,7)	20 (4,3)	402 (92,2)	34 (7,8)
Totales	390 (73,6)	140 (26,4)	463 (93,2)	9 (1,8)	25 (5,08)	425 (91,2)	41 (8,8)

Pruebas estadísticas. Referencias:

(1) χ^2 P=0,25

(2) Fisher P=0,01 (se analizaron sí vs. no)

(3) χ^2 P=0,01

Tabla 10 - Indicadores de conocimientos de la enfermedad, de la curación de los niños y de vías de transmisión, manifestados por de los pobladores de las áreas rurales de los departamentos de Avellaneda y Gral. Taboada, 2002-2003

La población responde afirmativamente a las preguntas relacionadas con los conocimientos básicos necesarios para instalar las medidas de prevención de la transmisión de *T. cruzi* (Tabla 10). Las comunidades rurales del Noroeste argentino, principalmente las de Santiago del

Estero, tienen un importante saber vivencial sobre la vinchuca, ya sea por que conviven, la conocen y desde la perspectiva de lo posible, la combaten. Por otra parte, hacen una clara relación de la enfermedad de Chagas con la vinchuca y la enfermedad con el ojo hinchado de los niños. Casi todos los encuestados mencionan tener parientes o amigos con niños que la han padecido. Estos resultados contrastan con otros (Sanmartino y cols., 2001), que sostienen que la población de la Argentina no sabe o sabe mínimamente qué es la enfermedad de Chagas y coinciden con lo observado previamente por nosotros en Olta, La Rioja, y Chancaní, Córdoba (Segura y cols., 2002).

Los conocimientos y prácticas sobre transmisión de *T. cruzi* y vigilancia realizadas en sus viviendas, se observan en la tabla 11. Se destacan las respuestas relativas a la organización local de las actividades de prevención, las que demuestran, también, que éstas están en pleno funcionamiento en cada una de las localidades o parajes de los departamentos de en estudio.

Tomando en cuenta el conjunto de preguntas sobre conocimientos y aptitud para la vigilancia de la transmisión de *T. cruzi* (tabla 11), así como para la participación en el control de la misma, la mayoría de los jefes de familia (80%) buscan vinchucas o sus rastros, huevos, pelechos, materia fecal, con la finalidad de solicitar ayuda (36%) para tratar la casa con insecticida. Es llamativo que el 23% prefiere hacer el rociado él mismo. A esta actitud se le podría sumar el 7% de pobladores que eligen a un poblador voluntario. Sumando estos datos, el 30% de la actividad de los pobladores prefieren resolver el rociado en la comunidad (“¿Quién prefiere que rocíe su vivienda?”). Éste es un indicador de participación comunitaria, aunque persiste la cultura de: “al rociado lo deben hacer ellos, para eso les pagan”, proveniente de treinta años de rociados efectuados por efectores que seguían una estrategia vertical (ver tabla 1) (Segura, 2002), tal como lo realizaba el Programa Nacional de Control de Chagas, entre 1962 y 1992. El 30% es una cifra que señala un avance hacia el sostenimiento de las acciones de control en el tiempo, coincidiendo con la etapa diez, o última etapa del método de la “estrategia de APS orientada a la comunidad” (Bogue y cols., 1998). Otro indicador y fuerte potenciador de conocimientos a compartir con el poblador, es la necesidad de la movilización al menos cuatro veces por año, de todos sus enseres (Chuit y cols., 2001). Casi todos los jefes de familia realizan estos movimientos. El 64% de los mismos lo hacen tres o cuatro veces por año y algunos respondieron que todos los días. Ésta es una actitud positiva para la vigilancia, pues en todas las viviendas donde no se encontraron niños infectados esta costumbre estaba en práctica (Chuit y cols., 2001).

Pregunta	Nº (%) de respuestas
¿Cada cuánto tiempo busca vinchucas en su casa?	
Siempre y de vez en cuando	70 (80,0)
Nunca	5 (6,0)
¿Cuántas veces por año mueve y cambia de lugar los enseres en la casa?	
Una a cuatro veces y todos los días	58 (64,0)
Nunca	13 (1,0)
¿Cuántas veces el AS los invitó a usted y familia para reunirse a hablar del Chagas en el último año?	
De una a tres veces	12 (13,0)
Nunca	60 (67,0)
¿Cuántas veces fueron a esas reuniones?	
De una a tres veces	16 (18,0)
Algunas veces	6 (7,0)
Nunca	41 (46,0)
¿Encontró vinchucas en su vivienda en los últimos doce meses?	
Sí	29 (33,0)
No	53 (60,0)
¿Cómo las encontró?	
Por casualidad	11 (32,0)
En depósitos	4 (12,0)
Moviendo muebles	6 (18,0)
Sin respuesta	13 (38,0)
¿Dónde las encontró?	
Casa	12 (36,0)
Depósitos	2 (6,0)
Gallinero	11 (34,0)
Sin respuesta	11 (32,0)
Si encontró, ¿a quién le avisó?	
AS, LC, AM, docente	12 (36,0)
No avisó	9 (27,0)
¿Quién prefiere que trate su vivienda con insecticida?	
El mismo poblador	21 (23,0)
AS, LC, Servicio Nacional	53 (59,0)
Vecino voluntario	6 (7,0)
Sin respuesta	8 (9,0)

Tabla 11 - Número y porcentaje de respuestas sobre conocimientos y actitudes facilitadoras para la vigilancia entomológica de la transmisión de T. cruzi de los pobladores del departamento de General Taboada, Santiago del Estero, Argentina, 2003

Otro aspecto de la participación comunitaria es la actitud aislacionista actual de toda la estrategia de control, en contrario de lo sostenido e instalado en la década de los años 1990. Durante aquellos años se provocó un impacto significativo sobre la incidencia de nuevos casos de Chagas y la prevalencia en los niños menores de diez años, tal cual se observa en este trabajo en las localidades de El Malacara, La Telecita y Villa Carolina, del área rural de este mismo departamento de. Sin embargo, para llegar a una conclusión más significativa habría que estudiar un número mayor de niños menores de diez años.

Estas observaciones toman en cuenta la baja aptitud (67%) de los efectores, para citar a la comunidad a talleres participativos (tabla 11). Esta actitud de baja participación de los efectores es acompañada por la comunidad, la cual concurre a los talleres en un 25%, mientras que el 46% no lo hizo. Los talleres participativos, permiten intercambiar ideas, llegar a acuerdos, revisar los compromisos y corregir las actividades. En síntesis, la negociación de todos los componentes necesarios para el control participativo de la transmisión de *T. cruzi* en el medio rural. Por último, el hallazgo de vinchucas fue importante: el 30 % de las respuestas fueron positivas. Los pobladores encontraron en igual porcentaje las vinchucas, ya sea en forma activa (39%) o pasiva (por casualidad). La infestación domiciliar detectada fue del 30% en dormitorio y el 30% en gallineros (peridomicilio). La densidad de tratominos encontrada fue muy baja.

4.5.2. Conocimiento de la enfermedad, su vector y conceptos sobre vigilancia, en relación al nivel de educación alcanzado y condición laboral

El nivel de instrucción influencia positivamente la actitud activa frente a la presencia de vinchucas, la actitud de búsqueda de vinchucas en el domicilio y peridomicilio y la ausencia de perros en la vivienda (Tabla 12). Es por eso que consideramos fundamental la capacitación tanto de los efectores locales como de los integrantes de la comunidad, a fin de que en el largo plazo estos conocimientos puedan llevar a un cambio de costumbres sostenidas en el tiempo.

Variables	Actitud ante la presencia de vinchucas (1)			Orden y movimiento en la vivienda (2)			Existencia de perros en la vivienda (3)		Cada cuánto tiempo busca vinchucas en la vivienda (4)		
	Activa	Pasiva	NS	Una o dos veces por año	Siempre	Nunca	Sí	No	A veces	Siempre	Nunca
Nivel educación formal											
Sin instrucción (0)	18 -64,3	3 -10,7	7 -25	14 -42,4	15 -54,5	4 -12,1	5 -12,5	28 -84,8	7 -26,9	14 -53,8	5 -19,2
Con instrucción (1)	340 -79,1	55 -12,8	35 -8,1	134 -28,3	319 -67,3	21 -4,4	23 -4,6	476 -95,4	87 -20,5	297 -70	40 -9,4
Totales	358 -78,2	58 -12,7	42 -9	148 -29,2	334 -65,9	25 -4,9	28 -5,3	504 -94,7	94 -20,9	311 -69,1	45 -10

Pruebas estadísticas. Referencias:

(1) Fisher P= 1,0 (se analizaron las respuestas activo vs. pasivo)

(2) Fisher P=0,07 (se analizaron nunca vs. siempre o una o dos veces por año)

(3) Fisher P=0,02

(4) Fisher P=0,16

Tabla 12 - Influencia de la educación formal sobre el conocimiento de la enfermedad y la transmisión de T. cruzi. N (%)

4.5.3. Resultados del control vectorial y la supervisión de las acciones

Parte de esta área rural (alrededor de doscientos treinta viviendas), fue tratada en AQI por efectores de empresas privadas y técnicos de la CNCV. A partir de noviembre de 2003, los efectores comunitarios del área rural oeste de Gral. Taboada, rociaron con insecticida 442 viviendas de las 1.052 evaluadas y a su cargo (tabla 13). Estos efectores fueron capacitados para instalar y sostener la vigilancia, coordinada por la Red Social, siguiendo la metodología de la Coordinación Nacional de Vectores (Blanco y cols., 2001). Los efectores comunitarios rociaron 9,4 viviendas promedio por efector, en un período promedio de 5 meses, en un procedimiento precedido por la evaluación de cada vivienda y rociado de las infestadas (tabla 13). Estas viviendas representan el 42% de las en riesgo del área rural del departamento de Gral. Taboada. Uno de los problemas graves surgidos desde diciembre de 2003 fue la disminución de la provisión de insecticidas, restituido en septiembre de 2004. La falta de provisión de insecticidas hace peligrar el sostenimiento de la vigilancia participativa.

Este problema ya ocurrió en el control de otras enfermedades. Por ejemplo, una de las limitaciones para la continuación de los programas basados en la comunidad, en experiencias realizadas con medidas de control de la transmisión de HIV, fue llevar los presupuestos de los proyectos a un límite que provocaba la disminución de insumos en el tiempo (Holtgrave y Valdiserre, 1998). También se registró este problema en el caso del programa de Chagas. En 1997 se decidió cambiar la estrategia participativa, primero desde el nivel central y a partir de octubre de ese año, desde el programa, paulatinamente se comenzó a reemplazar la actividad de los AS y de los líderes comunitarios y regresar a la estrategia de intervención directa de los técnicos del programa (Segura, 2000). Los AS y líderes o representantes de la comunidad, no recibieron más insumos para realizar la vigilancia y tampoco fueron advertidos de que ello iría a suceder. Hoy en día, cuando se trate el tema de el sostenimiento, muy común al abordar el angustioso futuro que se visualiza ante la declaración "bajo vigilancia" de una zona geográfica, habría que recordar la necesidad de tratar con todo respeto a las comunidades que se comprometen para realizar conjuntamente un esfuerzo para el control de las poblaciones de *T. infestans*. Esto es común en varios países, donde se han recortado los presupuestos para insumos debido a que varias zonas del país se encuentran bajo vigilancia. Este error conceptual en la práctica provoca el abandono de las actividades de vigilancia.

Las actividades de vigilancia en la zona rural de Gral. Taboada, que se describen en la tabla 13, demuestran que el sostenimiento de estas actividades depende sustancialmente de la persona o personas que, desde la Red Social, son las responsables de coordinarlas o de supervisarlas. Tal fue el caso de la actividad llevada a cabo por la representante del Hospital Zonal, a cargo del área rural oeste del departamento de. Es muy importante la documentación de la vigilancia, lo que requiere una constante capacitación a cargo de médicos, AS y docentes, para el cumpli-

miento del llenado y presentación apropiada de la planilla 6 de Chagas, al programa anti-Chagas de la provincia..

El departamento de Avellaneda fue rociado por técnicos de la CNCV, entre los años 2002 y 2003, en las localidades más aisladas. Actualmente la CNCV, con el apoyo del personal de las Redes Sociales, desde junio de 2004, ha rociado ochocientas viviendas. La zona quedará en condiciones de reinstalar la vigilancia.

En el caso de esta investigación, se realizaron dos períodos de supervisión, octubre de 2003 y mayo de 2004 (tabla 13). Hay que destacar que esta es la primera vez que este concepto se incorpora a la práctica de las actividades de control del Chagas, y lo consideramos fundamental para la optimización de la vigilancia. En el Anexo 1, se encuentran las instrucciones técnicas para realizar la supervisión.

Se supervisaron dieciséis localidades, doce rurales y cuatro barrios de Añatuya, que fueron considerados cada uno como una localidad (ver la lista de localidades supervisadas y sus resultados). En esta supervisión se tomaron las segundas encuestas de líder. De un primer análisis se elaboraron recomendaciones que se están aplicando, desde octubre de 2003, al Tercer Taller de Vigilancia y Control de Chagas dado a los efectores locales en terreno (ver Anexo 1)

El número de viviendas evaluadas por el supervisor, correspondió al plan de muestreo de tipo casual simple, o sea que cada elemento en la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado para ser parte en la muestra (Silveira y Sánchez,2003).

Localidad	Número de viviendas	Tratamiento de base 11 y 12 - 2003		Vigilancia (+/total)								Supervisión pos/tot	
		Cant.	Fecha	Ene-04	Feb-04	Mar-04	Abr-04	Mayo 04	Jun-04	Jul-04	Ago-04		
Averías	110	10	11 y 12 2003				12/57	0/47	0/36				0/6
Buen Paso	84												0/3
Campo Tacañitas /La Curva	17	11	12/2003	1/16	0/16	1/16	0/16	1/16			11 trat (11+)	0/16	
Canal Melero	75	18 (10+)	11/03										
El 25	22					0/22		0/24		0/30	4/29		
El Malacara	12	12	12/2003					0/12					
km 454	22					0/20		0/12					0/3
km 515 (km 11)	34							2/34					
La Paulina	55	49 (23+)	12/03-1/04			0/6	0/6						0/4
La Salamanca	29				2/25	0/25	3/25						
La Telesita	44		12/2003	0/12	0/10	0/12	0/10						0/3
Los Pocitos	70	26	3-4/04			4/26		0/11	0/20	0/10			
Lote 13	12												0/3
Lote 19	15	15	10/03										
Lotes 19 Y 27	15	12 (5+)	02/2004		5/13								
Lote 26	20						2/34	0/13					
Lote 27-1	18	15(5)	10/03										¼ trat.
Lote 27	18	18 (6+)	9-12/03	3 trat.				0/7					
Lote 28	25	23	2/04	1/23	0/24	0/24	0/24	0/24		0/24			
Lote 29	36	9 (1+)	11/03		2/2								
Lote 39 km 13	24	24		0/12	1/9	1/3	2 trat.			12 trat. (12+)			
Lote 47	43			0/42	0/42	0/42	0/43	0/43					
Lote 58	25							0/15					
Los Linares													
Lotes 58 y 59	32	18 (13+)	8-11/003										
Miel de Palo	85	8 (8+)	3/00										
Nasalo	17	17 (2+)	12/03	2/17	0/17	5/17		0/12		0/12	0/12		
Pozo del Medio	10	8	11/03										¼ trat.
Pozo Herrera	9								0/32				0/3
Suncho Pozo Alto	10	7	11-12/03										
Suncho Pozo del Triunfo	18	12	03/2004										0/4
Tacañitas	120	68 (5+)	2-5-11 -12/03	9 trat. (1+)		2 trat.	8 trat. (1+)	13 trat. (1+)		1 trat.	1 trat.		0/5
Villa Carolina/ La Colonia	36	22 (22+)	11-12/03										0/3
Vinal Esquina	84	68 (63+)	7-12/03	2/30		1/30	0/10						
Totales	1052	442 (163)		165	157	246	215	283	100	188	56		

Tabla 13 - Vigilancia entomológica de Triatoma infestans en la zona rural oeste del departamento de Gral. Taboada, Santiago del Estero, 2003-2004

Se eligió este plan debido a que el promedio de viviendas por localidad o paraje es de treinta y seis, por lo que la evaluación de tres o cuatro viviendas, sorteadas en el paraje o localidad, obedecía al diseño estadístico. Especialmente, permitía tomar decisiones en el momento sobre la actitud a tomar en la localidad o paraje. Otro aspecto que hizo posible este tipo de supervisión, fue la existencia, condición primaria de este proyecto, de un censo y una cartografía (ver Anexo 2), en cada localidad o paraje.

Finalmente, la supervisión tiene un impacto favorable en la estimulación de las acciones, muestra que hay un interés renovado en ellas, se utiliza para que los efectores repasen las técnicas de su actividad y corrijan, si fuera necesario, la aplicación de acciones.

4.6. Vigilancia serológica

La vigilancia serológica (Chuit y cols., 1989, Segura, 2003), se realizó, por la programación de la Red Social de Añatuya, después del Curso para médicos, bioquímicos y técnicos de laboratorio y enfermeros, realizados en agosto de 2003.

Se realizaron extracciones de sangre del pulpejo del dedo, depositada en el conservador Serokit®²³ (Pérez y cols., 1990) a niños de hasta catorce años en las localidades rurales. Se efectuaron dos reacciones serológicas: hemaglutinación indirecta y ELISA (Segura, 2003), en los laboratorios que se mencionan más adelante.

La vigilancia serológica comenzó en septiembre de 2003 (Chuit y col, 1989 y Pérez y col, 1990), solicitada por la Red de Añatuya. Se realizó en el área rural, atendidos por la Dra. Ana Saavedra (MAR del Hospital Regional de Añatuya), en las localidades: El Malacara (cuarenta niños menores de diez años no infectados, del 50% del total de estudiados), La Telecita (cuarenta y cinco niños menores de diez años no infectados, del 95% de estudiados), Villa Carolina (cuarenta y cinco niños de diez años no infectados, del 85% de los niños estudiados), todos estudiados en el Centro de Patología Regional "Humberto H. Lugones", a cargo del Dr. Gustavo Barbieri.

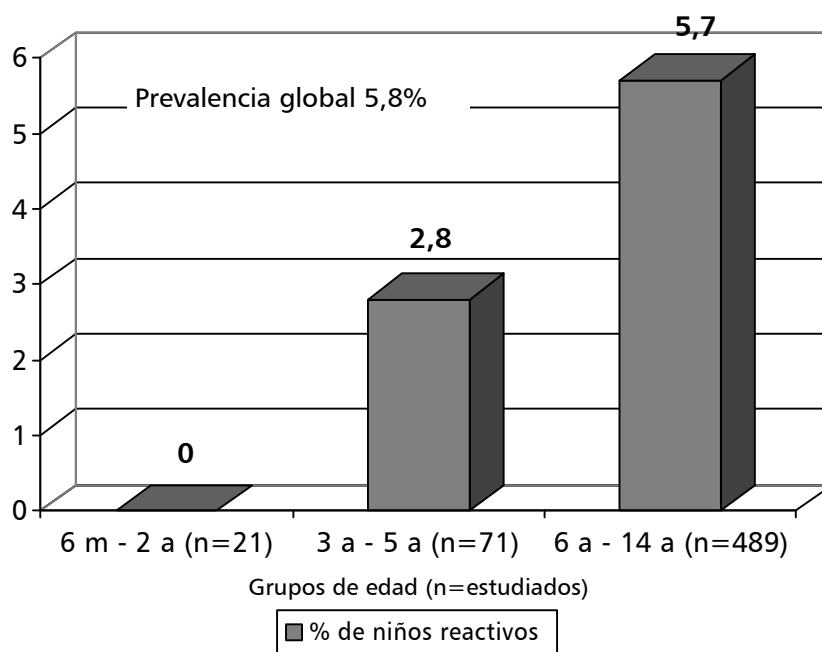


Figura 4 - Prevalencia de infección con Trypanosoma cruzi en 581 niños (por grupos de edad). Departamento de Gral. Taboada, Santiago del Estero, marzo-abril 2004

Los resultados de los estudios inmunoserológicos de los niños del área rural oeste de Gral. Taboada, demuestran, por una parte, el funcionamiento integral de la vigilancia en la zona, por otra parte, la ausencia de anticuerpos

²⁴ Polychaco SAIC, Buenos Aires, Argentina.

anti *T. cruzi* entre los niños menores de dos años. Señala una tendencia de efectividad de las actividades de vigilancia de la transmisión de *T. cruzi*.

5. CONCLUSIONES

Los indicadores de progreso, presentados en este informe, señalan que la intervención de control y vigilancia de la transmisión de *T. cruzi*, funciona armónicamente en el marco de la coordinación de las Redes Sociales que se organizaron en los departamentos de Avellaneda y General Taboada de Santiago del Estero.

Los miembros de las Redes Sociales evolucionaron hacia un comportamiento de carácter social, superando el individual, como lo demuestra la evaluación cualitativa de las Redes. Por otra parte, el resultado de la evaluación de progreso conceptual de los efectores comunitarios y la ausencia de infección en el grupo de niños menores de dos años, señala una tendencia a la efectividad de la vigilancia de la transmisión de *T. cruzi* en el área rural bajo estudio. Los Agentes Sanitarios son los efectores más capacitados, y así resulta la evaluación de su accionar. Más ajustes son necesarios para lograr el componente participativo de ellos con la comunidad, así como la generalización de las actividades de Supervisión. Estos componentes aumentarán la eficiencia de este importante sector del trabajo sanitario con la comunidad.

Se destaca un cambio positivo hacia el accionar comunitario en la vigilancia, en los efectores que están hoy actuando. El conocimiento de los conceptos, creencias y expectativas de la población, con respecto al control y la vigilancia, permite, por una parte, mejorar el desarrollo de procedimientos para aumentar la comprensión entre los actores de la vigilancia para el control de la transmisión de *T. cruzi* y, por otra parte, explorar medios de comunicación confiables para la comunidad.

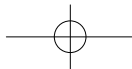
La práctica de la supervisión ha resultado de utilidad para corregir las debilidades de la implementación de la vigilancia, antes de que sea descubierta frente a un fracaso del sistema: varias viviendas infestadas o la aparición de un caso agudo. Seguramente, en la ampliación de esta actividad, se podrán obtener beneficios útiles para el sostenimiento de las acciones de control al ser permanentemente corregidas y que las medidas de mitigación se puedan tomar localmente.

Hoy en día, las Redes Sociales están constituidas por los representantes de todos los estamentos de la sociedad. Entre ellos, los médicos de acción radiante, que naturalmente son los supervisores de APS (AS), los responsables de los efectores municipales y de los jefes y jefas de hogar y los directores de las escuelas locales, ONG y empresas. En el futuro, los encargados de la supervisión de las acciones informarán a la Red Social local, la cual tendrá así en sus manos la capacidad de tomar las medidas de corrección, con las herramientas que terminarán de diseñarse en este proyecto.

Por otra parte, la evolución organizativa de la comunidad en las Redes Sociales, permitirá afianzar la tendencia hacia el logro del sostenimiento del objetivo de vigilancia, que es necesario para eliminar la transmisión del *T. cruzi* en el medio rural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco SB, Spillmann CA, Canale D, Ripoll C, Audisio MI, Marzotín F, Programa Nacional de Chagas 2001, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Secretaría de Atención Sanitaria, Coordinación Nacional de Control de Vectores, VIGI+A, 2001.
2. Bogue R, Roberts R, Hickey M, Leadership and management in COPC, en Rhyme R, Bogue R, Kukulka G, Fulner H ed., Community-oriented primary care: Health care for the 21st Century, 93-102, American Public Health Association, Washington DC, 1998.
3. Chuit, R; Subias, E; Pérez, AC; Paulone, I; Wisnivesky-Colli, C y Segura, EL Usefulness of serology for the evaluation of Trypanosoma cruzi transmission in endemic areas of Chagas' Disease. Rev. da Soc. Brasileira de Medicina Tropical 22 (3): 119-124, (1989).
4. Chuit, R, Paulone, I, Wisnivesky-Colli, C, Bo, R, Pérez, AC, Sosa-Estani, S. y Segura EL. Results of a first step toward community-based surveillance of transmission of Chagas' disease with appropriate technology in rural areas. Am. J. Trop Med. Hyg. 46(4) 444-450 (1992).
5. Chuit R, Gürtler RE, Mac Dougall L, Segura EL, Singer B, Chagas Disease- Risk assessment by an environmental approach in northern Argentina. Revista de Patología Tropical, 30(2): 193-207 (2001).
6. Esquivel, ML, Luna, CA, Salomón, OD, Gómez, AO, Sosa Están, S, y Segura, EL. Manual del Control y Vigilancia de la Transmisión de Chagas y participación social, Ministerio de Salud, 1998.
7. Genovese O, Ballario C, Storino R, Segura EL, Sica RE. Clinical manifestations of peripheral nervous system involvement in human chronic Chagas disease. Arq Neuropsiquiatr. 1996 Jun;54(2):190-6.
8. Jodetet, S. Representaciones Sociales, 1993. Ed. Paidós,
9. Holtgrave DR, Valdiserre RO, HIV prevention community planning: a national perspective on accomplishments, challenges, and future directions, en Brownson RC, Baker EA, Novick LF, Community based prevention Programs at a work, 61-81, AN ASPEN Publication, 1999.
10. Montero, M, Teoría práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad. Buenos Aires. 2003. Editorial Paidós.
11. Pérez, AC, Cura, E, Subias, E, Lansetti, J, Segura, EL. Long-term preservation of blood samples for diagnosis of Trypanosoma cruzi infection. Trop. Med. Parasit. 41, 75-76 (1990).
12. Prado M. 2003. Simposio sobre control de Dengue en los países del Mercosur, Iguazú, Argentina, 14-16 de marzo.
13. Rosenfeld, A 2000, Curso de Economía de la Salud, Facultad de Historia, Universidad Nacional de Córdoba.
14. Sanmartino M, Crocco L, Conocimientos sobre enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina Pan Am Public Health 7(3). 173-8, 2000
15. Segura EL, Sosa Estani S, Esquivel ML, Salomón, OD, Gómez AO, De Rissio AM, Carlomagno MA, Riarte A, Cíngara A, Luna CA, Lansetti, JC. Control de la Transmisión de T. cruzi en Argentina, En Actualizaciones



- en Artropodología Sanitaria Argentina, compilador Salomón, OD, Serie Enfermedades Transmisibles, Publicaciones Monográficas 2. 2002. Fundación Mundo Sano, Buenos Aires, pp. 273-282.
16. Segura EL. Situación del Control de la enfermedad de Chagas en Argentina, 1909-2001, en Silveira, AC (ed.), Historia del Control de la Transmisión de T. cruzi en el Cono Sur de América , 2003. Organización Panamericana de la Salud, pp.45-107.
 17. Silveira AC, Sánchez O, Guía para Muestreo en actividades de Vigilancia y Control Vectorial de la Enfermedad de Chagas, Organización Panamericana de la Salud, OPS\DPC\CD\276\2003.

