

XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2015.

Reflexiones acerca de la Vigilancia Epidemiológica como Política Pública en Salud.

María Eugenia de San Martín y Andrea Raquel Gonzalez.

Cita:

María Eugenia de San Martín y Andrea Raquel Gonzalez (2015). *Reflexiones acerca de la Vigilancia Epidemiológica como Política Pública en Salud. XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-061/1>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XI Jornadas de Sociología.

Mesa Temática N°1: “Miradas Sociológicas desde y hacia las políticas sociales”

Reflexiones acerca de la Vigilancia Epidemiológica como Política Pública en Salud

Autoras: Lic. María Eugenia de San Martín (Socióloga) Y Lic. Andrea Raquel Gonzalez (Comunicación Social). Residentes de 1° y 2° año de la Residencia Post básica de Epidemiología, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (en adelante GCABA).

Mails: maugedesm@gmail.com; gonzalezraquelandrea@gmail.com

Resumen:

Desde 1960 se implementa en el país un sistema de Vigilancia epidemiológico que abarca un conjunto de enfermedades que deben ser notificadas de manera obligatoria a los departamentos de Epidemiología correspondientes según la Jurisdicción en la cual se atiende y vive la persona afectada.

El hincapié en la notificación obligatoria de enfermedades está dado sobre aquellas de origen infecto contagioso, a fin de poder implementar acciones que eviten la propagación de las mismas. Sin embargo cabe destacar que hay algunas enfermedades a las cuales se les da mayor relevancia que a otras. Algunas de aquellas que quedan en la lista de espera son Chagas y TBC, patologías asociadas a sectores de escasos recursos económicos.

Ambas enfermedades tienen sus programas nacionales correspondientes. Asimismo hay muchos intereses contrapuestos a nivel político y económico que dificultan la implementación de las acciones de prevención y promoción de la salud. Este proceso conlleva consecuencias negativas sobre las personas afectadas y la comunidad en su conjunto.

Se trata de un estudio exploratorio basado en el trabajo cotidiano realizado en el Ministerio de Salud de la CABA.

Palabras Claves: Epidemiología, Vigilancia Epidemiológica, Tuberculosis, Chagas, Ciencias Sociales.

Introducción y Justificación

En el presente trabajo consideraremos a la salud como un “campo” en el que convergen actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Es así que por un lado podemos reflexionar acerca del lugar que ocupan las ciencias sociales en dicho campo; y por otro lado hacer visibles la existencia de algunas enfermedades como la Tuberculosis (TBC) y el Chagas que son “desatendidas u olvidadas” dentro de la vigilancia epidemiológica, como política pública en salud.

Nos proponemos elaborar una reflexión que funcione como puente entre formas de hacer/ entender a la epidemiología que consideran como único factor relevante “lo Biológico” y aquellos que señalan únicamente como central “lo Socio- cultural”. Entendemos que la salud como proceso /campo /práctica atraviesa tanto a uno como otro y los combina, por lo cual el propiciar un diálogo a partir de nuestra propia experiencia de trabajo cotidiano como residentes de epidemiología en el Ministerio de Salud de la CABA (a sabiendas que quizá no podremos modificar algunas actividades y concepciones), nos posibilitara comprender mejor nuestras prácticas y el campo dentro del cual se desarrollan.

Ciencias sociales en el campo de la salud

Un punto de partida para pensar el lugar de las ciencias sociales en el campo de la salud, es definir de qué modo entendemos a la salud. A lo largo del tiempo el concepto de salud ha ido variando como resultado de múltiples procesos tanto al interior del campo de la salud como por fuera de éste, relacionado con procesos económicos, políticos e ideológicos.

Cada concepto lleva en su interior una historia. Si bien escapa a nuestro objetivo realizar un recorrido por los diversos modos de concebir a la salud nos parece necesario analizar dos de sus acepciones más trascendentes que han influido profundamente en el campo de la salud, así como señalar con qué concepto trabajaremos.

Existen dos modos de entender la salud, que aunque en un primer momento parezcan totalmente divergentes guardan profundas similitudes. Por un lado, durante mucho tiempo, la salud ha sido pensada como la “ausencia de enfermedad”. Dicha concepción la restringía a un

plano biológico e individual. Por otra parte, en 1946 la O.M.S la definió como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o afecciones”; lo cual si bien incorpora otras dimensiones además de la biológica, como la social y psicológica, lo hace de manera poco precisa y en términos ideales (¿Qué constituiría un completo estado de bienestar social?). Ambas definiciones plantean una polaridad absoluta entre enfermedad / salud y de algún modo establecen implícitamente un espacio destinado a las ciencias sociales. El papel de las ciencias médicas en tales enfoques de salud es claro, pero ¿Cuál sería el papel de las ciencias sociales en producir la ausencia de enfermedad? ¿O de lograr un estado de completo bienestar?

En la realidad es sumamente difícil establecer una separación absoluta entre salud y enfermedad, dado que es posible la presencia conjunta de salud y algunas enfermedades o ciertas etapas de las mismas. Por ello, consideramos a la salud no como un estado o momento fijo sino más bien un proceso. Definido en palabras de Menéndez el “proceso salud-enfermedad-atención es una construcción individual y social mediante la cual el sujeto elabora su padecimiento, que condiciona los tipos de ayuda a buscar. La percepción de este complejo proceso es personal y subjetiva y solo puede comprenderse contextualizada en el universo de creencias, valores y comportamientos del medio sociocultural de cada persona, así como de las condiciones materiales de vida”.

El proceso salud- enfermedad-atención (PSEA) puede pensarse como un punto de encuentro entre las ciencias de la salud y las ciencias sociales, ya que para ambas las personas constituyen su centro de estudio, considerando no solo el plano individual sino también el social, ambiental y cultural en que viven. Es decir, al concebir al PSEA no solo como biomédico, biológico sino también condicionado por otros factores (entre éstos, los sociales), legitima la participación de las ciencias sociales y su importancia en la comprensión e intervención en dicho proceso dentro de un trabajo interdisciplinario, intersectorial y de participación social (Arce Espinoza, 2011: 29).

En este punto nos parece interesante destacar, como señala Haro, la centralidad del PSEA en la dinámica y estructura social, más allá de su concreción como fenómenos individuales. Dado que como establece dicho autor, “En la salud se expresan no solamente dimensiones biológicas – las cuales expresan un complejo compuesto por determinaciones y relaciones genéticas, bioquímicas, inmunológicas, hormonales, nutricionales y ecológicas – sino también

dimensiones sociales que determinan la producción de condiciones que se materializan en las dimensiones biológicas señaladas. Y una dimensión cultural que vehiculiza estas expresiones, tanto en lo relativo a la percepción de las mismas como al despliegue de medidas o dispositivos de gestión de los problemas de salud” (Haro, 2011: 11).

La epidemiología constituye un dispositivo de gestión de los problemas de salud. Así como existen diversos modos de entender a la salud hay distintas maneras de concebir a la epidemiología. Sin embargo únicamente desarrollaremos la concepción de Naomar Almeida Filho en su libro “Epidemiología sin números”, dado que la misma nos permite comenzar a pensar nuestra práctica cotidiana, al realizar la vigilancia epidemiológica como principal política pública en dicho campo.

En primer lugar, Almeida Filho señala la divergencia de objetos de estudios de la clínica y la epidemiología. Por un lado, el objeto de la clínica es la noción de enfermedad, ontológicamente definida, pero también históricamente determinada y culturalmente derivada. Mientras que el objeto de la epidemiología son los enfermos en poblaciones, es decir “la epidemiología busca, entonces, retomar la tradición médico-social de privilegiar lo colectivo, visto como algo más que un conjunto de individuos”. Es decir, que sin una concepción de lo colectivo, de lo social y de lo político sería imposible pensar / hacer epidemiología. Sin embargo, en la actualidad suele diluirse este objeto quedando subsumido en el individuo. Una de las explicaciones que plantea el autor es que la epidemiología se constituyó subordinada al saber clínico.

En síntesis la Epidemiología es entendida como aquella ciencia que estudia el PSEA analizando la distribución poblacional y los efectos determinantes del riesgo de eventos asociados. Propone medidas de prevención, control o erradicación de problemas de salud y de protección de la salud colectiva. Y por último produce información para apoyar la planificación, administración y evaluación de sistemas, programas y acciones en salud.

En este punto, nos parece necesario analizar la relación existente entre ciencias sociales y ciencias médicas en epidemiología, dado que hay desarrollos en ambos sentidos, pero escasos canales de diálogo. Por un lado se hace hincapié para que “la epidemiología represente importantes aportes a la salud pública: estudio de la frecuencia y distribución de enfermedades, identificación de factores de riesgo y evaluación de intervenciones y políticas

de salud. Sin embargo, tanto el predominio del biologicismo como también el marco positivista y cuantitativo de la epidemiología convencional, han tenido como consecuencia la reducción de la disciplina a la medición de variables y a la construcción de indicadores en un marco teórico y metodológico que deja afuera el análisis de procesos”. Por otra parte, desde “las ciencias sociales se presenta una situación inversa, se analizan procesos socioculturales del ámbito sanitario sin atender suficientemente a su expresión clínica y epidemiológica” (Haro, 2011: 14).

En el trabajo epidemiológico, si bien no se omite el abordaje de lo social y lo cultural, estas dimensiones son reducidas en sentido teórico y práctico hacia una caracterización y responsabilización individual (Haro, 2011: 13). En este sentido, las ciencias sociales posibilitarían un abordaje que incluya otras dimensiones además de la enfermedad biológica, como el padecimiento subjetivo y los procesos de socialización del malestar que tendería a un abordaje integral deseable pero de difícil ejecución, dado que como establece Haro “No es únicamente la complejidad del objeto de estudio lo que explica la fragmentación sino también las relaciones de poder” (Haro, 2011: 23). En la práctica concreta, dentro de la epidemiología las ciencias sociales ocupan un lugar de subalternidad en relación a las ciencias médicas.

Qué vigilamos y qué olvidamos

Dentro del campo de la salud, desde 1960¹ se implementa en el país un sistema de Vigilancia epidemiológico que abarca un conjunto de enfermedades que deben ser notificadas de manera obligatoria a los departamentos de Epidemiología correspondientes según la Jurisdicción en la cual se atiende y vive la persona afectada.

El hincapié en la notificación obligatoria de enfermedades está dado sobre aquellas de origen infecto contagioso, a fin de poder implementar acciones que eviten la propagación de las mismas. Sin embargo cabe destacar que hay algunas enfermedades a las cuales se les da mayor relevancia que a otras. Algunas de aquellas que quedan en la lista de espera son Chagas y TBC, patologías asociadas a sectores de escasos recursos económicos.

¹ Ley Nacional 15465/60. Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria. Esta Ley es del año 1960, pero ha ido sufriendo algunas modificaciones a lo largo del tiempo basadas sobre todo en los cambios del mapa epidemiológico a nivel nacional.

La literatura internacional expresa de forma contundente la **relación existente entre la situación social de la población y las desigualdades existentes en la salud**. Mientras que la población más aventajada posee mejores indicadores de salud/enfermedad, las muertes prematuras e infantiles ocurren en mayor medida en las poblaciones de mayor vulnerabilidad.

La existencia de enfermedades olvidadas o desatendidas ha sido reconocida institucionalmente por la OMS identificando 15 enfermedades infecciosas, entre las que se encuentran el Chagas y la TBC. Dichas dolencias afectan principalmente a las poblaciones más pobres y con un limitado acceso a los servicios de salud.

Las enfermedades olvidadas o desatendidas se denominan de esa manera porque no revisten un interés económico para la industria farmacéutica que justifique el desarrollo de nuevos fármacos, lo que tiene como consecuencia un escaso desarrollo de nuevos y más efectivos tratamientos (Zabala, 2012; Albajar Viñas, 2007).

De modo que pese a que estas enfermedades representen un problema de salud pública de magnitud, las acciones para su control y prevención son discontinuas y/o insuficientes. Dicha situación pone de manifiesto la tensión presente entre “visibilidad e invisibilidad (ocultamiento)” asociada a su condición de problema social.

La Salud como Campo

Como dijimos anteriormente abordaremos el concepto de salud como “campo”, donde convergen actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2011: 28).

Los principales capitales en juego en un campo son: el capital económico (se interviene en función de intereses económicos); el capital social (se interviene en función de relaciones sociales); el capital cultural (se interviene en función de prestigio y/o conocimientos) y el capital simbólico (se interviene según la capacidad de manejar y/o imponer significaciones de manera legítima). De allí que los distintos agentes compitan por acumularlos y en función de ellos tratar de construir, profundizar, dar continuidad o producir rupturas de las estructuras del campo, en procesos de colaboración, de acuerdos o de clara confrontación. Esto expresa la disputa por la agenda política, lo cual termina por definir posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior (Spinelli, 2011: 28)

Tbc y Chagas

El circuito seguido ante la notificación de la mayoría de las enfermedades que deben ser notificadas es el siguiente: la persona se atiende en un efector de salud, el médico a través del servicio correspondiente del hospital notifica vía una ficha epidemiológica la enfermedad al departamento de Epidemiología que se encarga de la realización de todas las acciones para detener la propagación de la enfermedad (“Estudio de Foco”). En el caso de la Tuberculosis y el Chagas ésto varía, como veremos a continuación.

Ambas enfermedades tienen sus programas nacionales correspondientes. Asimismo hay muchos intereses contrapuestos a nivel político y económico que dificultan la implementación de las acciones de prevención y promoción de la salud. Este proceso conlleva consecuencias negativas sobre las personas afectadas y la comunidad en su conjunto.

Y es en este punto donde vale también detenernos para establecer que muchas veces las grandes políticas concebidas como universales desconocen las singularidades, configurándose así una política sin sujetos o sujetos devenidos objetos. Muchas veces esas políticas suelen provenir de enlatados internacionales con sus recetas respectivas. En el campo de la salud este tipo de enlatado se problematiza menos que en otros campos. Se trata de un campo de control social, en tanto control sobre la vida y la muerte de poblaciones.

Gestión por programas en los 90

Desde los noventa, la gestión por programas estuvo centrada en las ideas de focalización, enfoque de riesgo y descentralización. Las consecuencias de este tipo de gestión para los recursos humanos, la calidad del nivel de atención y el estado de salud de la población fueron profundas.

Cuando hablamos de “focalización” nos referimos a que los objetivos de la gestión de los programas debieron cumplirse sobre determinada población, es decir: estuvieron pensados para una población específica que la misma política define y delimita. Detenernos en esta definición es importante, ya que, como sostiene Bourdieu, uno de los poderes más importantes del Estado es justamente éste, el de definir, producir e imponer ciertas categorías que aplicamos a todo lo que en el mundo hay, incluso al propio Estado (Bourdieu, 1997: 91).

Consideramos que en la gestión cotidiana de esos programas- en la efectiva implementación de las políticas- se produce la repetición de actos de nombramiento (Bourdieu, 1997); los cuales permean las percepciones de los agentes estatales y de los destinatarios, produciendo efectos de largo plazo en el sentido común y en la práctica cotidiana de aquellos que hacen el Estado a diario (Soldano, 2009).

Enfermedad de Chagas:

La enfermedad de Chagas se conoce como aquella “Enfermedad olvidada / negada”, debido a varias razones, entre las cuales podemos nombrar:

- La falta de información y naturalización del problema por parte de las poblaciones donde la enfermedad es endémica.
- La tendencia a ocultar la situación por parte de la población afectada por la discriminación laboral.
- Falta de interés de los laboratorios para desarrollar mejores tratamientos.
- Bajo porcentaje de personas infectadas que desarrollan la enfermedad.

Se trata de una patología que se oculta en el silencio social y médico, produciendo así un estigma entre quienes la padecen. Una enfermedad relegada cuya atención por parte de los servicios de salud está marcada por la inestabilidad y la discontinuidad.

Las subsecuentes migraciones de la población del campo a la ciudad condicionaron la despoblación de amplias zonas agrarias. Así se produjo un fenómeno denominado como "suburbanización" de la endemia originaria hasta llegar a afectar las grandes ciudades sudamericanas extendiéndose de este modo la enfermedad al medio urbano (Dias, 2007).

En los últimos años se produjo un cambio en el mapa epidemiológico de esta patología. En un principio se la asoció al medio rural pobre. Posteriormente la enfermedad mantuvo un nuevo rostro urbano formado por los cambios en los patrones de ocupación del territorio debido a las migraciones nacionales e internacionales, que se relacionan con la transmisión transfusional y congénita en áreas no endémicas.

En lo que refiere a nuestro trabajo concreto dentro del Departamento de Epidemiología del GCBA el circuito ante un caso sospechoso de Chagas congénito o vectorial debería ser el siguiente:

- Realización de la notificación al referente epidemiológico local quien lo comunicará al nivel central para así poder realizar las acciones comunitarias correspondientes.

- El referente realizará la notificación semanal por vía mail, fax o teléfono con datos completos del caso (nombre, apellido, edad, domicilio, teléfono, fecha de exposición, fecha de consulta, antecedente de contacto con vinchucas, fecha de parto).
- El referente deberá realizar la carga en el SNVS (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud).
- Una vez completado el diagnóstico del caso, se debe informar al Departamento de Epidemiología.

Las medidas preventivas son las siguientes:

- Educar a la población respecto al modo de transmisión y los métodos de prevención
- Atacar sistemáticamente a los vectores que infestan casas mal construidas y de techos de paja, con insecticidas de acción residual eficaces, por rociamiento según norma del Programa Federal de Chagas
- Construir viviendas o repararlas eliminando los sitios donde pueden esconderse los insectos vectores y refugiarse los animales domésticos y salvajes que sirven de reservorio
- Usar telas mosquiteras
- Examinar a los donantes de sangre y órganos que vivan en zonas endémicas o que provengan de ellas, por medio de pruebas serológicas apropiadas.

Sin embargo en nuestro trabajo concreto vemos como realmente ésto pocas veces se cumple. Los argumentos que se dan para rehusar seguir estos pasos es que la enfermedad de Chagas vectorial no existe en CABA, por lo que se considera solo el “Chagas congénito”. Solo se manda estudio de foco ante un caso confirmado por laboratorio de Chagas congénito. Los resultados del estudio de foco en general nunca llegan, y si así fuera no son tenidos en cuenta.

TBC:

La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública en la República Argentina. Distintos factores tanto demográficos y socioeconómicos, como la relación con el V.I.H y la participación irregular del sistema de salud; determinan que a menudo un importante número de casos quedan sin diagnosticar y tratar adecuadamente contribuyendo a la persistencia de la morbimortalidad.

La TBC es una antigua enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch², que se transmite de persona a persona por inhalación de aerosoles contaminados eliminados por los individuos enfermos al toser, hablar o estornudar. Actualmente, si bien se cuenta con técnicas para realizar un diagnóstico precoz y con medicación gratuita para efectuar un tratamiento efectivo, sigue siendo un importante problema de salud pública por el daño que provoca y como causa de mortalidad. Se calcula que en la actualidad hay 10 millones de nuevos casos de enfermos por año en todo el mundo y en Argentina, se notifican aproximadamente 10.000 casos nuevos por año de esta enfermedad, mientras que alrededor de ochocientas personas mueren al año debido a la tuberculosis (Minsal, 2009).

Las condiciones individuales, sanitarias, socio-económicas y culturales posibilitan la continuidad de su prevalencia y expansión. Factores como: la pobreza, el hacinamiento, la malnutrición, la falta de vivienda, enfermedades inmunosupresoras y la precarización laboral posibilitan la aparición de la enfermedad. De modo que “el análisis de la distribución desigual de la TBC en el país, así como de la asociación entre esta distribución y los determinantes sociales resulta de interés para poder identificar las áreas y grupos de población que, en la actualidad, no solo concentran la mayor cantidad de casos de TBC sino que están expuestos a un mayor riesgo de contraer la enfermedad en el futuro, a partir del mayor número de casos que diseminan la enfermedad en la población” (Bossio, 2012).

El circuito de vigilancia de la tuberculosis establecido por el programa nacional establece que se realiza a través de un sistema de plataforma web (Sistema Nacional de Vigilancia en Salud-SNVS) que permite el reporte individual de los casos por parte de los servicios de salud a lo largo de todo el país de manera remota y en tiempo real. Cada caso reportado por los servicios de salud es evaluado por los responsables del control de la tuberculosis a nivel provincial antes de que se consolide la información a nivel nacional.

Sin embargo, en el cotidiano evidenciamos diversos recorridos que sigue la información. Principalmente identificamos dos circuitos que corren de modo paralelo provocando un

² La presencia del bacilo de la tuberculosis es una condición necesaria pero no suficiente para que ocurra la infección en una persona. Otros determinantes, como la condición nutricional e inmunitaria, las condiciones de hacinamiento, la escasa ventilación y la escasa higiene, entre otros, contribuyen a aumentarla probabilidad de que , en presencia del bacilo, ocurra la infección y posteriormente la enfermedad.

disímil impacto en relación al fin último de la vigilancia epidemiológica: prevenir / evitar nuevos casos y detectar casos que no cuenten con el tratamiento adecuado.

Por un lado, podríamos denominar el circuito de los casos individuales. En este caso nos remitiremos exclusivamente a lo que acontece en el sector público de salud dado que estos son los que efectúan las notificaciones de los casos, pese a que deberían realizarse también desde el sector privado.

El efector de salud que asiste a una persona con diagnóstico presuntivo de tuberculosis debe notificar al servicio de Neumonología del Área Programática correspondiente, y dicho servicio remite una ficha a la Red de Tratamiento y Prevención de la Tuberculosis que aglutina los datos de toda la Ciudad de Buenos Aires. La Red de Tuberculosis que debería remitir la información vía SNVS al Programa Nacional, lo realiza enviando una parte de su base de datos por diferencias de criterios.

Este modo de circulación de la información genera el retraso del flujo de información. Pero sobretodo provoca un importante inconveniente que se deriva de la ficha de información³ que no consigna el domicilio del paciente dificultando la realización de tareas que tiendan a evitar nuevos casos o bien permitan identificar personas que padezcan la enfermedad que no cuenten con el tratamiento adecuado.

Y por otra parte se encuentran los casos institucionales, que son aquellos detectados en ámbitos donde los afectados comparten más de cuatro horas con varias personas⁴. Dichos casos son notificados por el efector de salud al Departamento de Epidemiología por vía telefónica, correo electrónico o fax. Y desde allí se remiten a las Áreas Programáticas correspondientes para que realicen los Estudios de Foco y acciones oportunas. En relación a las tareas desarrolladas por el personal de las Áreas Programáticas no podemos establecer una evaluación certera de las mismas, dado que no se sistematiza la información. Razón por la cual, no es posible realizar una devolución del trabajo realizado en terreno ni un seguimiento de la tendencia de casos detectados en instituciones.

En definitiva se trata de dos canales de información paralelos que no se cruzan. Un panorama fragmentado de una enfermedad que representa un importante problema de salud pública que

³ La ficha de notificación de TBC fue confeccionada por la Red de Tratamiento y Prevención de la TBC.

⁴ Dentro de los ámbitos institucionales podemos encontrar escuelas, lugares de trabajo, paradores, entre otros.

refleja un escaso interés de presentar un cuadro completo que implique acciones concretas, una clara decisión política que involucre a otros sectores además del sector salud.

Reflexiones finales:

A partir de esta descripción basada en la teoría y nuestra experiencia laboral, queríamos reflejar el olvido en que fehacientemente recaen estas enfermedades. Si bien cuentan con programas a nivel nacional, en la Ciudad de Buenos Aires carecen de institucionalidad al no tener un circuito definido, sino más bien abstracto.

Muchas veces se insiste en las representaciones clásicas de estas patologías. Los aportes que las ciencias sociales puedan realizar sobre estas problemáticas son muy grandes, solo que a sabiendas de las relaciones de poder que embullen toda institución es muy difícil variar demasiado el funcionamiento de las mismas en el corto plazo.

Si tenemos en cuenta el trípode de la constitución histórica de la epidemiología: Estadística, Clínica y Medicina Social, vemos como claramente este triángulo se desbalancea hacia la parte clínica, luego estadística para dejar en un último puesto a la Medicina Social. La interdisciplina es un tema que desde los 80 ha sido un boom académico dentro de las instituciones de educación. Si bien fue pregonada en el ámbito de salud, se transforma en una odisea, un desafío diario. Lo social es agradable de escuchar, lo políticamente correcto, lo exótico cuando se trabaja con disciplinas más duras. Sin embargo a la hora de pensar estrategias o circuitos de trabajo, la negación o la relegación es lo imperante respecto a las ciencias sociales.

La década del 90 ha calado hondo en las perspectivas imperantes en las políticas públicas generales. En salud esto se problematiza aún menos. Actualmente en lo que atiene a la Ciudad de Buenos Aires el presupuesto para todo aquello relacionado con la Atención Primaria de la Salud y la Epidemiología también ha sido drásticamente relegado.

Repensar los circuitos de la Vigilancia Epidemiológica de estas enfermedades olvidadas dentro del contexto político y económico hegemónico es un desafío diario que nos proponemos y procuramos realizar, a fin de difundirlo, repensarlo y repensarnos.

Bibliografía utilizada:

- Arce Espinoza, E. “Ciencias sociales y ciencias de la salud: Escenarios de encuentro”. En: *Hontanar. Revista del Departamento de Humanidades y Ciencias* Vol. 13, núm. 1. Perú, 2011.
- Bossio JC, Arias SJ y Fernández HR. “Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género”. *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 8 (Supl 1): pags 77-91, Noviembre 2012.
- BOURDIEU, Pierre (1997). “Espíritus de estado. Génesis y estructura del campo burocrático”. En: Pierre Bourdieu. *Razones prácticas*. Barcelona. Editorial Anagrama. 91-138.
- Briceño León, R. La enfermedad de Chagas y las transformaciones sociales de América Latina. En *La Enfermedad de Chagas: a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral*. Ed. Mundo Sano y Organización Panamericana de la Salud, 2007:219-230.
- Czeresnia, D. “El Concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”, pags. 47-63, en *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias* (Czeresnia, D-Machado de Freitas, C.-organizadores). Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003.
- de Almeida Filho N. “Epidemiología sin números”. Paltex OPS, 1992.
- Dias JCP. “Enfermedad de Chagas: las etapas recorridas y las perspectivas futuras”. En *La Enfermedad de Chagas: a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral*. Ed. Mundo Sano y Organización Panamericana de la Salud, 2007:37-50.
- Haro, J. “Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2011.
- Ley Nacional 15465/60. Régimen Legal de las Enfermedades de Notificación Obligatoria.
- Laurell, A. C. “La Salud –enfermedad como proceso social, Cuadernos Médicos Sociales N°19, Rosario, 1982.
- Pascale Molinier. “Salud y trabajo en trabajadores hospitalarios: cultura de la gestión, cultura del cuidado, ¿una conciliación imposible?”. *Revista Tutopia*. Marzo 2015.

- Petracci, M y Waisbord S. “Comunicación y Salud en la Argentina”, Icrj Inclusiones, Buenos Aires, 2011.
- **Organización Mundial de la Salud. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [documento en línea] 2012 [Sept 2012] Nota descriptiva N°340. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs340/es/index.html>.**
- SOLDANO, D. “El Estado en la vida cotidiana. Algunos desafíos conceptuales y metodológicos de la investigación social sobre política y biografía”. En: S. Frederic y G. Soprano (comps.). Política y variaciones de escalas en el análisis de la Argentina. Buenos Aires. Universidad Nacional de General Sarmiento / Prometeo Libros. 235-254, 2009.
- REGIDOR, E. Coordinador. “Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX”. Murcia: Universidad de Alicante, 2002.
- WHO, Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases: second WHO report on neglected tropical diseases, Enero 2013.
- Zabala JP. “La enfermedad de Chagas en la Argentina Investigación científica, problemas sociales y políticas sanitarias”. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2010.