

RESPONSABILIDAD ESTATAL
EN LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DESATENDIDAS

CHAGAS

UNA PROBLEMÁTICA VIGENTE
UNA DEUDA PENDIENTE



RESPONSABILIDAD ESTATAL
EN LAS ENFERMEDADES ENDÉMICAS DESATENDIDAS

CHAGAS

UNA PROBLEMÁTICA VIGENTE
UNA DEUDA PENDIENTE

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.

LA PRINCIPAL ENFERMEDAD ENDÉMICA EN ARGENTINA. 4

CARACTERÍSTICAS. MODO DE CONTAGIO. DIAGNÓSTICO,
TRATAMIENTO, Y MODOS DE COMBATIR LA TRANSMISIÓN 6

LA GRAVE SITUACIÓN DE LA NIÑEZ
FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS..... 9

EL DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL
DE LOS DERECHOS HUMANOS, LOS APORTES Y FALENCIAS
DE LA REGULACIÓN ARGENTINA PARA ATENDER A LA
ENFERMEDAD DE CHAGAS..... 10

DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS DE ABORDAJE PARA EL CONTROL
DEL CHAGAS, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS INTERNACIONA-
LES ESPECIALIZADOS EN SALUD. 13

ACCIONES ESTATALES. EL PROGRAMA NACIONAL..... 15

DIAGNÓSTICO..... 16

CONTROL DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL 17

CONTROL DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL
Y OTROS TIPOS DE TRANSMISIÓN 20

TRATAMIENTO 22

CAPACITACIONES Y CONCIENTIZACIÓN 22

ANÁLISIS PRESUPUESTARIO 23

PRESUPUESTO 2018 26

CONCLUSIONES 29

INTRODUCCIÓN. LA PRINCIPAL ENFERMEDAD ENDÉMICA¹ EN ARGENTINA.

Los diagnósticos elaborados por el Ministerio de Salud² y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) coinciden en sus estimaciones: en Argentina 1.505.235³ personas tienen Chagas. De ellas, un 25% sufren problemas de corazón⁴ (aproximadamente 376.309 personas), los cuales se dan en el estadio más grave. Al mismo tiempo 7.300.000 personas se encuentran expuestas a factores de riesgo por la zona donde residen y las características de las viviendas en las que habitan. Es importante observar que las cifras referenciadas en las estimaciones de la OPS han sido fundamentadas, exclusivamente, en dos referencias argentinas, una de 1999 y otra de 2002 y un documento de estimaciones de la OPS del año 2006⁵, lo que evidencia una regla en la desactualización de los datos epidemiológicos nacionales, cuestión que, indefectiblemente, obstaculiza el diseño y la implementación de programas consistentes.

en Argentina - - - - -

1.505.235

personas tienen Chagas.

- - - - -

Hasta hace algún tiempo, el Chagas era considerado un problema de salud estrictamente latinoamericano, ya que su presencia se vinculaba con la distribución y densidad de varias especies de vinchucas en las zonas endémicas. Actualmente se encuentran millones de casos de Chagas

1 Se considera endémica cuando una enfermedad se mantiene a lo largo de mucho tiempo en una población o zona geográfica determinada en un nivel estable, incluyendo variaciones estacionales.

2 <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico> elaborado en el año 2015.

3 Un informe de la Auditoría General de la Nación del año 2012 indica que las estimaciones varían entre 1.600.000 y 2.000.000. Disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2012_020info.pdf

4 Información disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/fracaso-sanitario-nace-bebe-chagas-horas_0_Hkmsfz4s-.html

5 Disponible en: <http://www.who.int/wer/2015/wer9006/en/>

en todo el mundo, en parte debido a las migraciones humanas hacia regiones en las cuales, por ser no endémicas, no se realizaban controles para detectar el *Trypanozoma cruzi* (*T. cruzi*) en los bancos de sangre, durante el embarazo ni en las y los donantes de órganos. La creciente urbanización y los movimientos migratorios hacia las ciudades han hecho que las otras formas de transmisión de la enfermedad, además de la vectorial, hayan tomado un protagonismo especial y ya no solamente pueda hablarse de Chagas en áreas rurales donde hay vinchucas.

Actualmente el Chagas es predominantemente urbano, ya que al menos dos tercios de las personas infectadas viven en ciudades⁶. El nuevo perfil de distribución de la problemática, no sólo latinoamericana y rural, sino urbana y global, que no deja afuera a la situación argentina⁷, pone de manifiesto la necesidad de un abordaje integral e inclusivo.

En este sentido, del total de notificaciones de Chagas agudo congénito en 2009, más de la mitad (85 casos de los 158 notificados) corresponde a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a la Provincia de Buenos Aires, dos de las cinco jurisdicciones consideradas sin riesgo de transmisión vectorial. Una situación similar se da más adelante, por ejemplo, en el año 2014, 410 casos de los 1929 totales notificados corresponden a la CABA y la Provincia de Buenos Aires⁸.

En 2017, el boletín correspondiente a la semana 31 refleja un porcentaje mayor de casos agudos congénitos en estas dos áreas acumuladas en relación con el resto, el 22,2% de los casos notificados corresponden a la Provincia de Buenos Aires y la CABA, siguiendo la Provincia de Salta con un 19,8% y la de Santa Fe con un 15,7%.

Las personas que tienen Chagas en Argentina representan aproximadamente el 4% de la población total del país. Las estimaciones se producen a través de datos obtenidos en bancos de sangre y controles realizados a embaraza-

6 Sanmartino M, Avaria A, Gómez i Prat J, Parada MC, Albajar-Viñas P. D. Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas. *Interface* (Botucatu). 2015. 19(55):1063-75.

7 En el año 2009 casi el 3,2 por ciento de los donantes de sangre de la Ciudad de Buenos Aires tenían Chagas. Esta información fue proporcionada por Héctor Freilij (integrante del Programa Nacional de Chagas en 2009) a Página 12. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-124771-2009-05-12.html>. Otra evidencia del alcance urbano de esta enfermedad se encuentra en la Ciudad de Buenos Aires, donde existe una Red de Chagas. Disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/salud/programasdesalud/otros-programas/red-de-chagas>. En igual sentido lo ha reconocido el Ministerio de Salud nacional en su página web. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/informacion-para-ciudadanos/el-chagas-en-el-pais-y-america-latina>.

8 Información disponible en los Boletines Integrados de Vigilancia del Ministerio de Salud de la Nación. Una nota al pie de la página 58 explica que "los datos de las tablas de este apartado deben ser leídos teniendo en cuenta la heterogeneidad existente respecto de la notificación en cada provincia en términos de atraso, cobertura y regularidad; por ello la misma se presenta hasta las SE 31". Disponibles en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/home/boletin-integrado-de-vigilancia>

das y si bien no reflejan de forma completa la magnitud del problema, es la aproximación más representativa con la que se cuenta hasta el momento para caracterizar la situación epidemiológica en el país. El porcentaje de personas con Chagas no es igual en todas las provincias, varía entre el 35,5% en Santiago del Estero (área endémica)⁹ y el 1,1% en Río Negro.

A nivel mundial se estima que existen — — —

entre 6 y 7 millones

de personas infectadas con *T. cruzi*¹⁰

EN ARGENTINA VIVE CASI EL 20% DE ELLAS

Esta enfermedad se encuentra entre las categorizadas por la OMS/OPS como enfermedades infecciosas desatendidas, vinculadas directamente con la pobreza¹¹ y que demandan un rol activo del Estado en la generación de condiciones para que el acceso al derecho a la salud sea equitativo.

Es inescindible la relación entre esta enfermedad y las condiciones precarias en que viven los grupos poblacionales con mayor riesgo de contraerla, especialmente afectados por la carencia de recursos y las graves afectaciones a sus derechos fundamentales. La enfermedad de Chagas debe pensarse desde diferentes aspectos: médico-biológico, epidemiológico,

9 La organización Cuerpo & Alma (http://www.cuerpoyalma.org.ar/?gclid=ClnaxpbJ_NUCFQsGkQodeGIA5w) cuenta con un programa de prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas que se implementó al haber advertido la prevalencia de esta enfermedad en las zonas de Santiago del Estero y Chaco. Su trabajo en dichas provincias ha permitido constatar la falta de un plan sistemático de control vectorial que responda integralmente a la problemática estructural. En abril de 2017, la organización viajó a la localidad de Las Breñas en la provincia de Chaco, donde relevó información sobre 130 personas residentes de la zona, afectadas por chagas. La localidad tiene una población total de 28.555 habitantes y esta muestra representa el 0,45% de ella (información disponible en: <http://www.gobiernolocal.gob.ar/?q=node/638>). Los datos aportados por la organización a partir de este relevamiento indican que el 65,4% refiere la falta de acciones de rociado químico y el 67,7% la ausencia de tratamiento.

10 ETMI PLUS Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Organización Panamericana de la Salud, 2017.

11 OMS/OPS. Resolución CD 49 R9 "Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza".

socio-cultural y político. En este sentido, la Auditoría General de la Nación (AGN) ha señalado que: *"El Chagas es una enfermedad silenciosa por sus características específicas y silenciada por afectar mayoritariamente a sectores de menor capacidad económica y visibilidad. A esto se suma su naturalización -tanto por la población afectada como por el resto de la sociedad- y el importante desconocimiento de que es posible no solo erradicar la transmisión sino también curar a los infectados."*¹² Más allá de las dificultades que se plantean en el tratamiento de la enfermedad y de la imposibilidad real de erradicar la transmisión y curar la enfermedad, porque ello depende de múltiples factores y circunstancias, la cita de la AGN es acertada al calificar al Chagas como una enfermedad silenciada y oculta.

En igual sentido, la Organización Mundial de la Salud ha mencionado que las enfermedades desatendidas como el Chagas, "suelen ser un problema oculto, pues afectan a poblaciones que apenas tienen influencia política".¹³

Las decisiones de política pública en materia de Chagas en nuestro país no se han hecho teniendo en consideración indicadores socioeconómicos que marquen su rumbo, la interrupción e intermitencia de las acciones desarrolladas muestra un constante ir y venir en los resultados del control de la transmisión de Chagas que ha impedido la prevención de esta enfermedad¹⁴. En este sentido, si bien en el año 2015 se alcanzó la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial domiciliar en nueve provincias¹⁵ argentinas, seis continúan siendo calificadas de alto riesgo para la transmisión vectorial: Chaco, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, San Juan y Mendoza. Mientras que Córdoba, Corrientes, La Rioja, Salta, y Tucumán, muestran una situación de riesgo intermedio con un índice de re-infestación mayor al 5% en algunos departamentos, e insuficiente cobertura de vigilancia en otros casos¹⁶.

Cabe señalar que la certificación de control de alguna de las vías de trans-

12 Ficha del Informe de Auditoría de la Auditoría General de la Nación sobre el Programa Nacional de Chagas del Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/fi_20_12_05_04.pdf

13 Organización Mundial de la Salud. Abordar las enfermedades tropicales desatendidas con el enfoque de los derechos humanos. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/Human_rights_approach_to_NTD_Spa.pdf

14 Roberto Chuit y Elsa Leonor Segura. El control de la Enfermedad de Chagas en Argentina. Sus resultados. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2012/2012_El%20control%20de%20la%20enfermedad%20de%20Chagas%20en%20Argentina.pdf

15 Ellas son Jujuy, Río Negro, Entre Ríos, La Pampa y Neuquén, Misiones, San Luis, Tucumán y 9 departamentos de Santiago del Estero. Información disponible en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico>. Para alcanzar los estatus de consolidación y de certificación, las provincias deben alcanzar los siguientes indicadores de proceso: 1. Existencia de sistema de vigilancia. 2. Existencia de un equipo mínimo de RR.HH provincial. 3. Existencia de línea presupuestaria específica en el Ministerio de Salud Provincial. Información disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2012_020info.pdf

16 Estas provincias presentan una re-emergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliar y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico>

misión, no implica el cese de la transmisión definitiva, sino que dicha certificación debe sustentarse por dos ciclos de tres años cada uno, siendo éste el paso para lograr la “certificación de la eliminación de la vía de transmisión”, hecho que no logró ningún Estado en los 21 países endémicos.

CARACTERÍSTICAS. MODO DE CONTAGIO. DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO, Y MODOS DE COMBATIR LA TRANSMISIÓN.

La enfermedad de Chagas afecta principalmente el corazón¹⁷, el tracto digestivo y el sistema nervioso. El desarrollo de la enfermedad produce crecimientos anormales en los órganos afectados ocasionando diferentes síntomas que incluyen dolor, reducción de la movilidad y limitaciones funcionales de dichos órganos. Esto puede generar la necesidad de llevar adelante cirugías y trasplantes, y puede causar la muerte por insuficiencia cardíaca¹⁸.

La enfermedad es causada por el parásito *T. cruzi*, que puede vivir alojado en el cuerpo de las vinchucas y de los mamíferos, incluidos los seres humanos. Las vinchucas son insectos que se alimentan de sangre (hematófagos)¹⁹, y transmiten el parásito a través de la materia fecal que depositan en la piel de las personas al momento de alimentarse.

Existen diferentes vías de contagio. La transmisión vectorial²⁰ fue definida históricamente como la más frecuente pero ello está en revisión debido a que la densidad demográfica promedio en zonas rurales es de 1,4 a 2 personas por kilómetro cuadrado, y la mayor cantidad de personas infectadas actualmente viven en zonas urbanas, sin presencia de vectores. También puede contraerse por vía congénita o vertical²¹ de madres a

hijos, durante el embarazo o el parto. Entre las vías alternativas de contagio se incluyen la transfusional, ocasionada por sangre de donantes que tienen Chagas²², y oral o bromatológica²³, por el consumo de alimentos o bebidas que contengan materia fecal, restos de vinchucas o pequeños mamíferos con carga del parásito²⁴.

Una vez que ingresa el parásito a la sangre, la persona puede transitar diferentes etapas. La primera, denominada fase aguda²⁵ que puede incluir algunos síntomas como fiebre prolongada, diarrea, dolor de cabeza, cansancio, irritabilidad, vómitos, falta de apetito y malestar general²⁶. En esta etapa los síntomas no siempre se presentan y en muchos casos pueden llegar a confundirse con un estado gripal.

Una segunda fase, llamada indeterminada o crónica asintomática que puede durar varios años o toda la vida, en la que solamente se puede detectar el Chagas a través de un análisis de sangre. La mayoría de las personas que tienen Chagas se encuentran en esta situación.

Por último puede desarrollarse una tercera fase, llamada crónica sintomática en la cual el órgano más frecuentemente afectado es el corazón y, en menor medida, el tracto digestivo y/o el sistema nervioso²⁷. Dichos órganos presentan crecimientos o inflamaciones permanentes que limitan su funcionalidad, causando dolores y fallas orgánicas. Aproximadamente 3 de cada 10 personas que tienen Chagas entran en la etapa crónica propiamente dicha, manifestando algún cuadro clínico, entre 20 y 30 años después de haber contraído el parásito.

Hay dos formas de detectar la enfermedad, una a través de análisis de sangre mediante métodos parasitológicos directos, que permiten detectar al *T.*

17 Alrededor del 30% de las personas con Chagas desarrolla daños cardíaco (miocardiopatía, alteraciones del ritmo y conducción en el corazón, aneurisma apical, insuficiencia cardíaca causada por la destrucción progresiva del músculo cardíaco). Información disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5856&Itemid=41506&lang=es

18 Es reconocida por la OPS como una de las principales problemáticas de salud pública en América Latina, causando más de 14.000 muertes por año, así como morbilidad y discapacidad ante la no detección precoz y provisión de tratamiento oportuno. Información disponible en: OMS/OPS, “Enfermedades infecciosas desatendidas en las Américas: Historias de éxito e innovación para llegar a los más necesitados”, 2016. El porcentaje de mortalidad en el Chagas agudo en Argentina varía del 1% al 5% con una mayor incidencia en niños de corta edad. Esta enfermedad puede llegar a ser mortal en aquellos pacientes que desarrollan lesiones cardíacas graves, las que determinan la muerte en forma sincopal o por insuficiencia cardíaca progresiva. Información disponible en: http://www.anlis.gov.ar/inp/?page_id=233

19 Los hay de diferentes especies, siendo la principal especie de interés sanitario en nuestro país la *Triatoma infestans*.

20 Esta transmisión se produce a través de las heces de las vinchucas, que defecan en la piel de las víctimas mientras se alimentan de su sangre y la infección se concreta cuando las heces penetran en la picadura o cuando las personas se frotan los ojos o se rascan y las introducen a través de excoriaciones cutáneas. Una vez que las vinchucas ingieren sangre de un mamífero infectado pueden transportar al *T. cruzi* hasta otros hospedadores, por esto se las conoce como “vectores”.

21 La vía congénita es la única vía de transmisión que no se puede prevenir, por eso es fundamental el seguimiento de todos/as los/as hijos/as de mujeres cuyo análisis de Chagas de positivo. La Ley 26.281 establece que toda mujer embarazada debe realizarse el diagnóstico para Chagas. En caso de resultar positivo, la mujer debería recibir controles clínicos específicos durante el embarazo y, luego del parto, debería ser atendida con los criterios de atención para las personas en fase crónica y sus hijos/as deben ser estudiados/as para detectar si tienen Chagas lo más tempranamente posible.

22 En los bancos de sangre en Argentina se realizan los estudios específicos para descartar la contaminación con *T. cruzi* en la sangre a transfundir.

23 La vía de transmisión oral debe ser redefinida a transmisión bromatológica con el fin de promover la implementación de un programa de control de dicha vía de transmisión y una asignación presupuestaria que permita cumplir con la garantía de prevención.

24 Otras vías de contagio, de menor incidencia son los trasplantes de algunos órganos provenientes de personas con serología positiva para Chagas; o por accidentes de laboratorio en personas que trabajan en salud o en el ámbito científico al manipular vinchucas infectadas, cultivos de *T. cruzi* o material proveniente de personas infectadas sin los debidos resguardos.

25 Dura entre 15 y 60 días a partir de que el *T. cruzi* ingresa a la sangre.

26 Con baja frecuencia y en general en niños/as, se dan expresiones clínicas graves de la fase aguda asociadas a lesiones en el corazón (miocarditis) y/o en el sistema nervioso (meningoencefalitis) en las que es fundamental la atención médica inmediata.

27 Se calcula que alrededor de 300.000 personas sufren afecciones cardíacas asociadas con la enfermedad de Chagas. Los principales síntomas cardíacos son: falta de aire, mareos, desmayos, palpitaciones, hinchazón, retención de líquidos, dolor en el pecho, insuficiencia cardíaca, arritmias o megavisceras. En el tracto digestivo: dolor en el abdomen, dificultad para tragar, regurgitación, ardor en la zona del pecho, constipación persistente y prolongada. Información disponible en: <http://www.hablamosdechagas.com.ar/>

cruzi durante la fase aguda; y otra a través de métodos serológicos o indirectos, en los cuales ya no se busca la presencia del parásito sino la respuesta inmune de la persona infectada²⁸.

Aunque se encuentra en investigación, no existe una vacuna preventiva para evitar contraer la enfermedad de Chagas. El control de todas las vías de transmisión es el método más eficaz de prevenir la enfermedad, incluyendo el control químico del vector a través de insecticidas en domicilios infestados, la mejora de las viviendas y su peridomicilio para prevenir la infestación del vector, medidas preventivas personales como mosquiteros, e información, educación y comunicación a la comunidad sobre el tema²⁹. Otras formas de prevención y control son: el tamizaje serológico en donantes de sangre y de órganos; el tamizaje en las embarazadas durante los controles prenatales del embarazo; el control y tratamiento durante la infancia, y buenas prácticas de manufactura con higiene en la preparación de alimentos en el transporte, el almacenamiento y el consumo.

La forma de tratar esta enfermedad varía de acuerdo a cada fase y persona pero en general se aplican dos tipos de tratamiento: uno antiparasitario y otro de las manifestaciones clínicas. El primero³⁰ intenta curar la parasitosis y prevenir que el parásito pueda invadir y lesionar órganos. El segundo depende del cuadro clínico de la persona infectada y debe ser definido por un/a médico/a, en función de los síntomas, órganos afectados y características personales. Recientemente se demostró que el tratamiento parasiticida de niñas, adolescentes y mujeres en edad fértil evita la transmisión vertical³¹ y ha tenido buenos resultados en personas en la fase inicial de la enfermedad, pero no se evidencia la misma respuesta en personas adultas³². También se ha conocido información que indica que 9 de cada 10 niños y niñas tratadas en forma temprana negativizan la serología para el Chagas mientras que, sin tratamiento,

cerca del 30 % desarrollará una patología cardíaca o digestiva³³.

Los niveles de infestación del vector transmisor -la vinchuca- dependen de múltiples factores como aspectos ambientales (temperatura, precipitaciones), presencia de poblaciones de vinchucas en el domicilio y alrededores (posibilitando la re-infestación³⁴ de las viviendas), acciones de control químico ejercidas contra el vector, reinfestación con vinchucas resistentes a los químicos, entre otros.

Los modos de combatir la enfermedad de Chagas³⁵, han sido sistematizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)³⁶, que establece como prioritaria la necesidad de aumentar la detección y el diagnóstico tempranos de los casos y descentralizar la atención clínica, asegurar el acceso oportuno y asequible a los medicamentos para todas las personas que los necesitan, y garantizar los recursos humanos adecuados y suficientes; así como reducir el riesgo de transmisión mediante el aumento del acceso a agua segura, saneamiento básico, higiene y mejora de las condiciones de las viviendas.

La OPS había dispuesto como meta para el año 2015, la interrupción de la transmisión por vía vectorial, transfusional y otras vías en todas las regiones y subregiones de las Américas. La inadecuada cobertura geográfica con acciones de control y vigilancia del vector en Argentina, posibilitó la recolonización de viviendas y la subsistencia de casos agudos vectoriales, y a pesar de haberse establecido un plan realizable, no se han logrado avances sustanciales. Alcanzar, aún con atraso dicha meta, requiere la realización de acciones preventivas y de control efectivas que no han sido suficientes en nuestro país.

28 Estos métodos detectan los anticuerpos específicos presentes en el suero sanguíneo y se utilizan en las etapas crónicas (con y sin síntomas), donde el número de parásitos que circulan por la sangre es muy bajo y los métodos directos no son efectivos.

29 Ver: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5856&Itemid=41506&lang=es

30 Se hace con benznidazol o nifurtimox y es más efectivo en estadios tempranos de la enfermedad (fase aguda), así como en niños/as y adolescentes.

31 Fabbro DL, Danesi E, Olivera V, Codebo MO, Denner S, et al. Trypanocide treatment of women infected with *Trypanosoma cruzi* and its effect on preventing congenital Chagas. *PLoS Negl Trop Dis* 8 (11): e3312. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0003312&type=printable>

32 Morillo CA, Marin-Neto JA, Avezum A, Sosa-Estani S, Rassi A Jr., et al. Randomized trial of benznidazole for chronic Chagas' cardiomyopathy. *N Engl J Med* 2015; 373(14):1295-306. doi: 10.1056/NEJMoa1507574. PMID: 26323937. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26323937>. Puede encontrarse información sobre esta investigación en los siguientes sitios: <http://www.isglobal.org/-/el-ensayo-benefit-una-llamada-de-alerta-para-acelerar-el-diagnostico-tratamiento-e-investigacion-para-la-enfermedad-de-chagas> y <http://journals.plos.org/plosntds/article/file?id=10.1371/journal.pntd.0004343&type=printable>

33 Ver: <https://www.elpatagonico.com/nueve-cada-diez-ninos-tratados-forma-temprana-se-curan-del-chagas-n3043851>

34 La re-infestación expresa la proporción de viviendas con presencia de vinchucas luego del control químico mediante la aplicación de insecticidas.

35 <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-s.pdf>

36 Estrategia y Plan de Acción para la Prevención, el Control y la Atención de la Enfermedad de Chagas. OPS. 2010. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R17-s.pdf>

¿Qué es?



ES UNA ENFERMEDAD **ENDÉMICA DESATENDIDA** CAUSADA POR UN PARÁSITO LLAMADO *TRYPANOSOMA CRUZI*, QUE PUEDE VIVIR ALOJADO EN EL CUERPO DE LAS **VINCHUCAS** Y DE LOS MAMÍFEROS, INCLUIDAS LAS PERSONAS.

¿Cómo se transmite?



POR CONTACTO CON MATERIA FECAL DE LA VINCHUCA INFECTADA:

- ✓ POR PICADURA.
- ✓ AL CONSUMIR ALIMENTOS O BEBIDAS INFECTADOS.



NIÑAS Y NIÑOS DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO SI SE DETECTÓ EL PARÁSITO EN EL CONTROL PRENATAL.



POR TRANSFUSIÓN DE SANGRE O UN TRANSPLANTE DE ÓRGANOS DE DONANTES QUE TIENEN CHAGAS.

HASTA EL MOMENTO NO SE CONOCEN OTRAS FORMAS DE CONTAGIO
TENER CHAGAS NO DEBERÍA IMPEDIRTE TRABAJAR, ESTUDIAR O JUGAR NORMALMENTE.
LAS PERSONAS CON CHAGAS TIENEN DERECHO A NO SER DISCRIMINADAS.

CHAGAS

Síntomas



- ✓ FIEBRE Y MALESTAR GENERAL
- ✓ PUEDE NO PRESENTAR SÍNTOMAS
- ✓ 30% DE LOS CASOS DESARROLLAN INFLAMACIONES EN CORAZÓN, TRACTO DIGESTIVO, O SISTEMA NERVIOSO
- ✓ PUEDE CAUSAR LA MUERTE POR LESIONES CARDÍACAS GRAVES.

¿A quiénes afecta?



LA POBLACIÓN EN MAYOR RIESGO DE CONTRAER CHAGAS SON NIÑOS Y NIÑAS DE MENOS DE 10 AÑOS.

EN EL MUNDO MÁS DE **6.000.000** personas tienen Chagas.

el 20% vive en argentina
1.505.235
EN CIUDADES EN ZONAS RURALES

EN ARGENTINA TODOS LOS DÍAS CORREN RIESGO DE INFECTARSE 7 MILLONES DE PERSONAS MÁS.

LA GRAVE SITUACIÓN DE LA NIÑEZ FRENTE A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

Dentro de la población afectada por la enfermedad de Chagas, la mayor incidencia se produce en niñas y niños antes de los 14 años. Es por ello que se la considera una enfermedad pediátrica³⁷ que afecta sobre todo a personas menores de 5 años en aquellas zonas endémicas en las cuales no se llevan a cabo acciones de prevención para el control de la enfermedad; siendo la población en mayor riesgo de contraer la enfermedad³⁸, los niños y niñas de menos de 10 años³⁹. Del 1,5 millón de personas con Chagas en Argentina, la mitad son mujeres y se estima que “cada año nacen 1.300 niños infectados”, es decir, 1 cada 7 horas⁴⁰.

se la considera una -----
enfermedad
pediátrica
 que afecta sobre todo a personas menores de 5 años
 en aquellas zonas endémicas en las cuales no se llevan a cabo acciones de
 prevención para el control de la enfermedad; siendo la población en mayor
 riesgo de contraer la enfermedad,
Los niños y niñas
de menos de 10 años

37 Así la ha denominado el doctor Héctor Freilij. Ver: <http://faiweb.com/ciclo-conversaciones-actualidad-en-enfermedad-de-chagas-videos/>

38 Ministerio de Salud de la Nación. “Enfermedades infecciosas/Chagas, Guía para el Equipo de Salud”. 2010.

39 Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la Atención al Paciente Infectado con *Trypanosoma cruzi* (Enfermedad de Chagas). 08/2012.

40 Información disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/fracaso-sanitario-nace-bebe-chagas-horas_0_Hkmsfz4s-.html

El análisis de los datos de pobreza e indigencia muestra que los más altos niveles se concentran en niñas, niños y adolescentes, fenómeno que se extiende a nivel regional y es conocido como infantilización de la pobreza. En particular, Argentina concentra las peores condiciones de vida en la infancia. El 45,6% de los niños, niñas y adolescentes de hasta 17 años en grandes aglomerados urbanos, viven en dicha situación, porcentaje que casi duplica el 24,2% referido al resto de la población. Además, el 9,6% de los niños, de hasta 18 años viven en situación de indigencia, mientras que para la población de 18 años o más este porcentaje desciende al 4.2%.⁴¹

Existen investigaciones que indican que la tendencia en la ocurrencia de casos agudos por transmisión vectorial es ascendente, situación que se observa en los años 2008 y 2009⁴². En el año 2012 la prevalencia⁴³ -en el sector público- de infección por *T. cruzi* en embarazadas era del 4%, y existían 700.000 nacimientos anuales, pudiendo estimarse que 28.000 niños/as estarían en riesgo de adquirir la enfermedad por esta vía⁴⁴. La vía materna es la más importante en la producción de nuevos casos, luego de la vectorial. Este número de posibles casos que deberían ser detectados y tratados según el espíritu de la Ley 26.279 de Pesquisa Neonatal, contrasta con aquellos que fueron detectados y comunicados al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica en los años 2006 a 2010 (en promedio fueron notificados 203 casos de Chagas agudo congénito por año). La falta de reglamentación y correcta implementación de la norma, permite estimar que no han sido diagnosticados de manera adecuada ni tratados de forma oportuna entre 4.000 y 6.000 niños.

De la información correspondiente al año 2015 (aportada por el Estado frente a una solicitud de información pública) se desprende que la prevalencia de *T. cruzi* en 309.248 mujeres embarazadas fue de 2,52%. Sin embargo, fue del 10.54% en Chaco, del 6.60% Santiago del Estero, del 4.91% en Formosa, del 3.81% en Salta y del 3.84% en San Juan. Mientras que la transmisión congénita sobre las y los niños estudiados y seguidos en 2015 hasta el año de vida fue del 4,37%. Durante el año 2016 se

41 Información surgida de la Encuesta Permanente de Hogares, correspondiente al IV trimestre del año 2016. Disponible para su descarga en: <http://www.indec.gob.ar/bases-de-datos.asp>

42 Roberto Chuit y Elsa Leonor Segura. El control de la Enfermedad de Chagas en Argentina. Sus resultados. Disponible en: http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/publicaciones_cie/2012/2012_El%20control%20de%20la%20enfermedad%20de%20Chagas%20en%20Argentina.pdf

43 La prevalencia indica la proporción de personas infectadas por un agente particular respecto del total de la población.

44 CLAP, Montevideo, Uruguay. 17-18 de mayo de 2007.

reportaron más de 1500 casos notificados de Chagas congénito⁴⁵. Esta información permite afirmar que no existen avances considerables en la detección temprana y el control de la transmisión congénita.

Durante el año 2016
se reportaron
más de 1500
casos
 notificados de
 Chagas congénito

Si bien se han dictado leyes que establecen mecanismos de control específicos en la infancia, reconociendo la especial incidencia de la enfermedad en este grupo poblacional y la importancia de asegurar su atención médica para propender a la negativización parasitológica, las falencias en su implementación hacen que no se observen diferencias significativas en la incidencia de la enfermedad.

EL DERECHO A LA SALUD EN EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, LOS APORTES Y FALENCIAS DE LA REGULACIÓN ARGENTINA PARA ATENDER A LA ENFERMEDAD DE CHAGAS.

El derecho a la salud se encuentra reconocido expresamente en el art. 12 del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴⁶, y así como en el art. 10 del Protocolo de San Salvador; en ambos instrumentos internacionales

⁴⁵ Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_Vigilancia_376.pdf

⁴⁶ Este Pacto fue ratificado por Argentina en el año 1986 y adquirió jerarquía constitucional con la reforma de 1994. Ley 23.313, disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/23782/norma.htm>

de protección, Argentina se ha comprometido a reconocer el derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. Las normas internacionales señalan expresamente las medidas que el Estado debe llevar adelante para garantizar el ejercicio del derecho a la salud. La Corte Suprema ha establecido en numerosos precedentes, que el derecho a la salud también se encuentra reconocido en aquellos tratados de derechos humanos con jerarquía constitucional firmados Argentina que incluyen el derecho a una vida digna y al acceso a condiciones que posibiliten una existencia digna⁴⁷. Estos tratados imponen al Estado una serie de obligaciones en torno a la realización del derecho a la vida, a la salud y, en su mayoría, tienen una fuerza normativa similar a la de las normas constitucionales. Entre otras normas se destaca el reconocimiento del desarrollo progresivo de los derechos económicos, sociales y culturales prevista en el art. 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y en el mencionado art. 10 del Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador". En el Sistema Interamericano también se encuentra reconocido en la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (el art. 4 consagra el derecho a la vida y a la integridad física psíquica y moral); en los artículos 23 incisos 3 y 4, 24, 25, 26, 27, 32 y 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño; en los artículos 10 h), 11.1 e) y f), 11.2, 12, 14 b) y c), y 16 e) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; en el art. 5 e.iv) de la Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial; en los artículos 25, 28, 43 y 45 de la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares; entre otros.

El contenido del derecho a la salud ha sido detallado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas - órgano que supervisa el cumplimiento del PIDESC-, en su Observación

⁴⁷ La Corte Suprema de Justicia de la Nación ha citado los artículos 4 y 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos identificando los derechos a la vida y a la integridad personal como derechos constitucionalmente protegidos, y ha entendido que estos derechos comprenden el derecho a la protección de la salud. También se ha basado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales para fundar la tutela del derecho a la salud y ha citado los arts. 23, 24 y 26 de la Convención sobre los Derechos del Niño como fuente constitucional para la protección del derecho a la salud. Ver los fallos de la CSJN en las causas: "Asociación Benghalensis y otros c/Ministerio de Salud y Acción Social -Estado Nacional s/amparo ley 16.688", de 1 de junio de 2000; "Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/Ministerio de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas", de 24 de octubre de 2000; y "Monteserin, Marcelino c/ Estado Nacional - Ministerio de Salud y Acción Social - Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas - Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad", de 16 de octubre de 2001. En similar sentido se ha pronunciado la Corte Interamericana de Derechos Humanos en los casos "Villagrán Morales y otros vs. Guatemala", "Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay", "Comunidad Indígena Yakye Axa vs Paraguay", "Comunidad Indígena Xákmok Kásek Vs. Paraguay".

General N° 14⁴⁸, al sostener que no sólo comprende una atención oportuna y apropiada a la salud, sino también a los determinantes de la salud como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico, la igualdad de género, el acceso al agua salubre, a la vivienda, etc.

Dicho comité afirmó que este derecho requiere que se adopten medidas inmediatas y focalizadas para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y buena calidad de los servicios, productos e instalaciones de salud.

Sobre la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas sostuvo que exigen que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica. El derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud.

La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas⁴⁹. Entre las obligaciones estatales básicas incluye la de adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas⁵⁰.

Ha sostenido que el derecho a la salud “entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo (...). En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.” Lo expuesto adquiere mayor trascendencia respecto de las enfermedades categorizadas como desatendidas que requieren un rol activo del Estado generando las condiciones para que el acceso a la salud sea equitativo y no se constituya como un bien suntuario.

48 Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

49 Apartado c) del párrafo 2 del artículo 12 - El derecho a la prevención y el tratamiento de enfermedades, y la lucha contra ellas. Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

50 Párrafo 44.

El derecho internacional de los derechos humanos establece tres tipos de obligaciones generales por parte del Estado. La obligación de respeto: el Estado no puede entorpecer o impedir que la sociedad goce de salud. La obligación de garantía o protección, que implica en términos generales que debe garantizar la regulación de las actividades de terceros que dañen la salud por acción. Y la de cumplimiento: debe facilitar, proporcionar y proveer los bienes y servicios necesarios para la satisfacción de este derecho.

Expresamente en materia de salud, se han establecido una serie de obligaciones específicas, entre ellas se destaca la obligación de “prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas y profesionales⁵¹” y “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas⁵²”

A partir de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, el Estado debe garantizar la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a la salud para todas las personas que habitan el territorio argentino. A estas obligaciones generales sobre el derecho a la salud, Naciones Unidas aporta contenido específico cuando se refiere a la respuesta a las enfermedades desatendidas⁵³, clasificándolas según se trate de obligaciones vinculadas con los determinantes de la salud⁵⁴ o con la atención sanitaria⁵⁵.

En la Observación General N° 19, el Comité DESC señaló la especial importancia del derecho a la seguridad social en el contexto de las enfermedades endémicas, y la necesidad de proporcionar acceso a las medidas preventivas y curativas.

Por otra parte, al analizar el contenido del derecho a una vivienda adecuada, señaló que contempla el acceso a ciertos servicios indispensables para la salud⁵⁶ y un espacio adecuado para proteger a las personas del frío, la humedad, el calor, la lluvia, el viento u otras amenazas para la

51 art. 12 inc. c del PIDESC.

52 Art. 10 inc. d del Protocolo Adicional a la Convención Americana en Derechos Humanos para los derechos económicos, sociales y culturales.

53 OMS. Abordar las enfermedades tropicales desatendidas con el enfoque de los derechos humanos. Disponible en: http://www.who.int/neglected_diseases/Human_rights_approach_to_NTD_Spa.pdf

54 Garantizar el acceso a agua potable y un saneamiento adecuado, una nutrición y vivienda adecuadas; ofrecer educación y acceso a la información sobre los principales problemas sanitarios de la comunidad, incluidos métodos de prevención y control; y promover la igualdad de género.

55 Asegurar el derecho de acceso a centros, productos y servicios de salud de forma no discriminatoria, prestando atención a los grupos vulnerables y marginados; proporcionar medicamentos esenciales, conforme a lo señalado en el Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales; adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades epidémicas y endémicas; y garantizar la participación de las poblaciones afectadas en las decisiones relacionadas con la salud a nivel nacional y comunitario.

56 Así como también para la seguridad, la comodidad y la nutrición, el acceso permanente a recursos naturales y comunes, a agua potable, a energía para la cocina, la calefacción y el alumbrado, a instalaciones sanitarias y de aseo, de almacenamiento de alimentos, de eliminación de desechos, de drenaje y a servicios de emergencia.

salud, de riesgos estructurales y de vectores de enfermedad⁵⁷. Las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos son el marco jurídico en el que deben analizarse las normas y acciones estatales en respuesta a la grave problemática que implica la enfermedad de Chagas.

A nivel nacional la primera norma referida al Chagas es el decreto-ley 22.360, promulgado en el año 1980⁵⁸. Esta norma dispuso la obligatoriedad del examen de Chagas en el ingreso laboral, provocando una gran cantidad de situaciones de discriminación pero sin aportar una respuesta que garantice los derechos de las personas afectadas por la enfermedad.

La Ley 26.281 de Prevención y Control del Chagas declara de interés nacional y asigna carácter prioritario dentro de la política nacional del Ministerio de Salud a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, “hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional”

En agosto de 2007 se sancionó una ley que reemplazó a la anterior: la Ley 26.281⁵⁹, de Prevención y Control del Chagas, promulgada de hecho en septiembre del mismo año. Esta ley declara de interés nacional y asigna carácter prioritario, dentro de la política nacional del Ministerio de Salud, a la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, “*hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional*”⁶⁰. Asigna al Poder Ejecutivo Nacional la obligación de desarrollar intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento de índole ambiental, laboral, sanitaria, educativa y de vivienda y hábitat saludable, e incorpora nociones de la Ley de Protección de Datos

57 Observación General N° 4 sobre el derecho a una vivienda adecuada. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2005/3594.pdf?view=1>

58 Si bien fue abrogada por Ley 26.281, se puede acceder a información sobre ella desde el siguiente enlace: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do;jsessionid=E49AAB8CBBB03C6C1AE89C377D913526?id=131944>

59 Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131904/norma.htm>

60 Es necesario aclarar que la ley promueve algo irrealizable ya que aún si hubiese una vacuna preventiva eficaz, el Chagas no es erradicable, por tratarse de una zoonosis, devenida en antroponosis.

Personales (25.326) relativas al tratamiento de los datos obtenidos en virtud de los exámenes de detección del Chagas.

Sin embargo, y a pesar de que el 4 de septiembre de 2017 cumplió 10 años de vigencia, todavía no ha sido reglamentada⁶¹, lo cual implica que se encuentran sin regular aquellas cuestiones que requieren detalles técnicos, funcionales o de otra índole para su correcta aplicación práctica. En definitiva, la reglamentación es un requisito indispensable para dotarla de total eficacia⁶².

El mismo día se sancionó la Ley Nacional 26.279 de Pesquisa Neonatal, la cual también se encuentra sin reglamentar. Esta ley regula el régimen para la detección y posterior tratamiento de determinadas patologías en el recién nacido y establece determinadas prestaciones obligatorias⁶³, en algunos casos incumplidas⁶⁴, así como la constitución de una Comisión Interdisciplinaria de Especialistas en Pesquisa Neonatal. La falta de reglamentación hace que la implementación de la pesquisa no sea uniforme a nivel nacional. Además, subsisten impedimentos de índole tecnológica porque no existe en la actualidad un método de diagnóstico de Chagas económico, accesible y lo suficientemente rápido para recién nacidos/as.

El marco normativo se integra y debe integrarse por otras leyes, resoluciones y decretos, tanto nacionales como provinciales que regulan el acceso a la salud⁶⁵.

Si bien Argentina es un país federal, las facultades de las provincias y de la Nación son concurrentes a la hora de garantizar el derecho a la salud. Así lo ha establecido la Corte Suprema de Justicia de la Nación a partir de la interpretación del artículo 28 de la Convención Americana sobre

61 La falta de reglamentación fue resaltada por la Auditoría General de la Nación en el año 2012 junto con muchas otras recomendaciones vinculadas con la implementación del Programa Nacional de Chagas. El informe de auditoría se encuentra disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2012_020info.pdf. Ese mismo año los legisladores radicales Víctor H. Maldonado (Chaco), María Luisa Storani (Bs.As.), Oscar Raúl Aguad (Córdoba), Fabián Dulio Rogel (Entre Ríos), Julio César Martínez (La Rioja), Mario Raúl Negri (Córdoba), Olga Inés Brizuela y Doria De Cara (La Rioja), presentaron a la Cámara de Diputados de la Nación un Proyecto de Pedido de informes al Poder Ejecutivo sobre las acciones desarrolladas en cumplimiento de la Ley 26.281 para la prevención y control de la enfermedad de Chagas, resaltando la falta de reglamentación y acompañando el pedido con algunos datos críticos sobre la enfermedad. Disponible en: <http://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyectoTP.jsp?exp=1256-D-2012>

62 A su vez, organizaciones como Todos Frente al Chagas, promueven una mejora de la ley, abogando por un programa de seguimiento esmerado para pacientes adultos/as crónicos/as, con y sin síntomas, en reconocimiento de la omisión de la prevención y valoración y reparación del daño en cada caso.

63 Establece que a todos/as los/as niños/as, al nacer se les deben realizar, entre otros controles, el examen del Chagas y su respectivo seguimiento en todos los establecimientos públicos de gestión estatal o de la seguridad social y privados de la República (art. 1). Y que todas las coberturas de salud deben incorporar como prestaciones obligatorias el diagnóstico, los abordajes terapéuticos y los equipamientos necesarios para tratar las patologías mencionadas en el Art. 1 (art. 3).

64 En muchos lugares del país sólo son diagnosticados/as los/as recién nacidos/as cuyas madres tienen Chagas. Información disponible en: <http://www.hablamosdechagas.com.ar/info-chagas/que-es-el-chagas/dimension-politica/>

65 Por ejemplo, la Resolución 37/2010 de la Superintendencia de Riesgos de Trabajo del año 2010 en cuyo artículo 2 establece principalmente que los exámenes pre-ocupacionales o de ingreso tienen como propósito determinar la aptitud del postulante, en ningún caso pueden ser utilizados como elemento discriminatorio para el empleo y queda excluida de los exámenes pre-ocupacionales la realización de reacciones serológicas para la detección de la enfermedad de Chagas-Mazza, conforme a lo establecido en el artículo 5 de la Ley N° 26.281

Derechos Humanos, que impuso al Estado federal la obligación de garantizar prestaciones básicas de salud pública ante las falencias de otras autoridades corresponsables⁶⁶. Más allá de la distribución de competencias entre el Estado federal y las provincias, le corresponde al Estado nacional cumplir la obligación de garante final de los derechos consagrados en los tratados internacionales, en particular con relación al derecho a la salud, ya que el Estado nacional no puede excusarse en el incumplimiento de las instancias provinciales, para no cumplir con su propia obligación.

DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS DE ABORDAJE PARA EL CONTROL DEL CHAGAS, DESARROLLADAS POR LOS ÓRGANOS INTERNACIONALES ESPECIALIZADOS EN SALUD.

Como se ha señalado, la OPS caracteriza al Chagas como una enfermedad desatendida, con una gran vinculación con aspectos socio-económico-culturales deficitarios⁶⁷. Bajo la órbita de esta organización y mediante iniciativas subregionales de prevención y control de la enfermedad de Chagas, se generó un esquema de cooperación técnica horizontal entre países del Cono Sur (1992), de América Central (1997), países andinos (1998), amazónicos (2003) y México (2004), que desde 2013 se ha integrado con los países de Centroamérica en la refundada Iniciativa de Centroamérica y México. Aunque en el marco de estas iniciativas se han logrado avances⁶⁸, no todos los países han conseguido alcanzar las metas propuestas y se presentan nuevos desafíos, como la propagación de la enfermedad debido a movimientos migratorios de personas que viven en países endémicos a países no endémicos, la necesidad de lograr la sostenibilidad de los programas existentes, el enfrentamiento de situaciones de emergencia y reemergencia o desastres naturales, la necesidad de ampliar la cobertura de diagnóstico y tratamiento adecuados y de lograr el acceso universal al tratamiento⁶⁹.

En el año 1998 con el fin de eliminar la transmisión de Chagas, la Asam-

66 Corte Suprema de Justicia de la Nación. Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas. C. 823. XXXV. 24/10/2000. Disponible en: <http://sjconsulta.csjn.gov.ar/sjconsulta/documentos/verDocumentoSumario.html?idDocumentoSumario=7832>

67 Ver: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=10&Itemid=40743&lang=es

68 Tales como la interrupción de la transmisión vectorial en algunos lugares afectados, la eliminación de especies alóctonas de vectores, la implantación del tamizaje universal de donantes de sangre, la detección de casos congénitos, la reducción de la prevalencia en niños, la disminución de la morbimortalidad, la ampliación de la cobertura para el diagnóstico y acceso al tratamiento, la mejoría de la calidad del diagnóstico, de la atención clínica y del tratamiento de las personas infectadas y enfermas.

69 Información disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5856&Itemid=41506&lang=es

blea Mundial de la Salud pidió a los Estados miembros, con poblaciones todavía afectadas por la enfermedad, que determinen con precisión su extensión, la distribución y el comportamiento de los vectores y su sensibilidad a los insecticidas. También les solicitó que elaboren planes de acción, establezcan comisiones técnicas interpaíses para iniciar la certificación de la eliminación, coordinen las contribuciones de la comunidad internacional (incluidos los organismos multilaterales y bilaterales y las organizaciones no gubernamentales), y estudien las posibilidades de movilizar recursos adicionales para eliminar la transmisión de la enfermedad en el contexto de la atención primaria de salud⁷⁰.

A su vez, la OPS ha aprobado diversos planes de acción encaminados a delinear las acciones necesarias para eliminar las enfermedades infecciosas desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (Plan 2009⁷¹, Plan 2016-2022⁷², 2017⁷³) así como para la prevención, el control y la atención del Chagas en particular (Plan 2009⁷⁴, 2010⁷⁵)

La Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas del año 2010, tiene entre sus objetivos específicos impulsar la adopción de la prevención secundaria de la enfermedad de Chagas congénita. Reconoce que para reducir la transmisión materno-infantil de esta enfermedad es preciso adoptar el tamizaje de la infección por *T. cruzi* en las embarazadas como parte de la atención prenatal universal, junto con la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de todos los recién nacidos cuyas madres estén infectadas⁷⁶. Se hace hincapié en la necesidad de que los gobiernos implementen sistemas de vigilancia y seguimiento de la enfermedad que morigeren su propagación, debiendo realizarse recopilaciones de datos epidemiológicos sobre el terreno, sosteniendo una detección temprana y provisión de

70 51a Asamblea Mundial de la Salud WHA51.14. Disponible para descargar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3900&Itemid=40743&lang=es

71 Resolución CD49.R19. 49 Consejo Directivo. 61 Sesión del Comité Regional. Disponible para descargar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3900&Itemid=40743&lang=es

72 Resolución CD55.R9. 55 Consejo Directivo. 68 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=36404&Itemid=270&lang=es

73 ETMI PLUS. Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=41278&Itemid=270&lang=es

74 Informes de la Secretaría A62/17 y A63/17. Disponibles para descargar en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3900&Itemid=40743&lang=es

75 Resolución CD50.R17. 50 Consejo Directivo. 62 Sesión del Comité Regional. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R17-s.pdf>; <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-s.pdf> y <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50.R17-s.pdf>

76 Establece como metas programáticas: aumentar a un 90% o más el tamizaje de las embarazadas; aumentar a un 90% o más el tamizaje de los recién nacidos de madres seropositivas; y aumentar a un 90% o más el tratamiento de las madres seropositivas.



FUMIGACIÓN

CONTROL QUÍMICO DE LA VINCHUCA A TRAVÉS DE INSECTICIDAS EN ZONAS ENDÉMICAS.



DIAGNÓSTICO

ANÁLISIS DE SANGRE PARA DETECTAR LA ENFERMEDAD Y ASEGURAR EL TRATAMIENTO.

DEBE INCLUIR A DONANTES DE SANGRE Y DE ÓRGANOS, PERSONAS GESTANTES, NIÑOS Y NIÑAS CUYAS FAMILIAS TIENEN LA ENFERMEDAD O VIVEN EN ZONAS ENDÉMICAS.



COMUNICACIÓN

CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN PARA LAS COMUNIDADES, QUE INCLUYAN MEDIDAS PREVENTIVAS PERSONALES Y BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA

HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE ALIMENTOS, EN EL TRANSPORTE, EL ALMACENAMIENTO Y EL CONSUMO.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN¹



ARREGLOS

MEJORA DE LAS CONDICIONES DE LAS VIVIENDAS Y SUS ALREDEDORES.

LAS VINCHUCAS VIVEN ESPECIALMENTE EN GRIETAS Y AGUJEROS EN PAREDES Y TECHOS.



TRATAMIENTO

PARA PREVENIR EL DESARROLLO DE LOS SÍNTOMAS MÁS GRAVES DE LA ENFERMEDAD Y LA TRANSMISIÓN DURANTE EL EMBARAZO O EL PARTO.

PARA ELLO EL ESTADO DEBE GARANTIZAR RECURSOS HUMANOS Y MEDICAMENTOS ADECUADOS Y SUFICIENTES.

1. Conforme los lineamientos de la OPS y la OMS para reducir el riesgo de transmisión del Chagas.

tratamiento adecuado. De igual manera, entienden que resulta vital que se adopten medidas para el acceso universal a la salud para que las poblaciones en riesgo tengan acceso a servicios adecuados de salud, así como también elaborar políticas que aborden los determinantes sociales y ambientales de estas enfermedades⁷⁷.

Se ha instado a los gobiernos donde se encuentran enfermedades infecciosas⁷⁸ como el Chagas, a realizar una mayor inversión en su política de prevención y control sanitario, ya que a pesar de los avances en los tratamientos y el acceso a ellos, hay millones de personas que no tienen acceso a la salud, siendo uno de los objetivos para 2030, que el 80% de la población mundial tenga cubierto su derecho a la salud. En el particular caso del Chagas, se señala que la inversión en el control del vector responsable de la transmisión del *T. cruzi* requiere de un programa inicial que prevea una fase de ataque entre 2015 y 2020 para luego pasar a una etapa de vigilancia que supondría un costo menor.

En la reunión del Consejo Directivo de la OPS y del Comité Regional de la OMS para las Américas llevada a cabo en el mes de septiembre de 2016, se adoptó el Plan de Acción para la Eliminación de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas y las Medidas Posteriores a la Eliminación 2016-2022 (CD 55/15)⁷⁹. Reconoce avances en la eliminación y control del Chagas⁸⁰ pero advierte la necesidad de establecer un nuevo plan regional al no haberse alcanzado plenamente los objetivos allí previstos. Propone líneas de acción para reducir la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad; para afrontar el estigma de grupos vulnerables asociados a las enfermedades desatendidas; y para desplegar esfuerzos en miras a su eliminación.

El plan parte de la necesidad de aumentar la detección y el diagnóstico tempranos de los casos y descentralizar la atención clínica, asegurar el acceso oportuno y asequible a los medicamentos para todas las personas que los necesitan, y garantizar los recursos humanos adecuados y suficientes. También, recomienda afrontar simultáneamente varias enferme-

dades que afectan a los mismos grupos de población, y reducir el riesgo de transmisión mediante el aumento del acceso a agua segura, saneamiento básico, higiene y mejora de las condiciones de las viviendas.

Los objetivos y estrategias delineados por los organismos internacionales son claros y no dan lugar a dudas. Para alcanzarlos se requiere la implementación de políticas públicas adecuadas, una asignación de recursos suficientes, y una distribución y ejecución efectivas de esos recursos, tendientes a materializar los compromisos asumidos por Argentina en materia de derecho a la salud y a controlar una problemática como la del Chagas que, a pesar de sus años de existencia, continúa siendo desatendida.

ACCIONES ESTATALES. EL PROGRAMA NACIONAL CONCERTADO DE PREVENCIÓN Y ASISTENCIA. EL PLAN NACIONAL, LAS MEDIDAS QUE LLEVA ADELANTE. LA FALTA DE UNA DEPENDENCIA ADECUADA. SU ALCANCE REAL EN METAS FÍSICAS. SU PRESUPUESTO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

Mediante Resolución Ministerial 1687/2006 se creó el Programa Nacional Concertado de Prevención y Asistencia Integral a la Enfermedad de Chagas, “Argentina justa, Argentina sin Chagas”⁸¹, cambiando su denominación por “Programa Nacional de Chagas” mediante Resolución 1543/08. En el marco de este Programa se encuentra el Plan Nacional de Chagas 2011-2016⁸² que tiene como objetivos interrumpir la transmisión del *T. cruzi*, optimizar el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de la infección en sus diferentes fases, y reducir la morbimortalidad por enfermedad de Chagas y su impacto socioeconómico. A continuación analizaremos la información disponible sobre las acciones planificadas y llevadas adelante por el Estado en miras a dar cumplimiento a este Plan.

Para ello hemos encontrado algunas dificultades en el acceso a información estadística actualizada que permita conocer la situación de la enfermedad en Argentina⁸³ y no hemos recibido respuestas suficientes ni completas⁸⁴ a las solicitudes

77 OPS/OMS. “Enfermedades Infecciosas Desatendidas en las Américas: Historias de éxitos e innovación para llegar a los más necesitados”. 2016.

78 WHO/Department of Control of Neglected Tropical Diseases. “Investing to overcome the global impact of neglected tropical diseases”. 2015

79 Este Plan aborda principalmente la vigilancia, la atención, el control y la eliminación de 13 enfermedades, entre las cuales se encuentra la enfermedad de Chagas y tiene como antecedentes la Resolución sobre Eliminación de las Enfermedades Desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza (Resolución CD49.R19. 2009) y en la Resolución sobre Estrategia y Plan de Acción para la Prevención, el Control y la Atención de la Enfermedad de Chagas (Resolución CD50.R17. 2010).

80 Según este documento, en Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Paraguay, Perú, Uruguay, se ha eliminado la transmisión domiciliar en todo o parte del territorio nacional. Sin embargo la situación argentina, con 11 provincias consideradas de alto a moderado riesgo de transmisión vectorial activa contrasta directamente con esta afirmación.

81 Se creó en la órbita de la Subsecretaría de Programas de Prevención y Promoción y junto con el programa se aprobaron sus Lineamientos Estratégicos y se creó la Unidad Coordinadora Central.

82 Adoptado mediante la Resolución 867/12 del Ministerio de Salud.

83 Por ejemplo, el Instituto Nacional de Parasitología “Mario Fatala Chabén”, desde 1981 Centro Nacional de Referencia en Investigación y Diagnóstico de la Enfermedad de Chagas y otras Protozoosis, con responsabilidades de colaboración y supervisión de laboratorios de todo el territorio nacional, contiene en su página web alguna información estadística que sólo llega al año 2005. Disponible en: http://www.anlis.gov.ar/inp/?page_id=303

84 Las respuestas brindadas consisten en informes del Programa Nacional de Control de Chagas de los años 2009 a 2015, elaborados por el

de acceso a la información pública presentadas al Ministerio de Salud de la Nación con el fin de obtener estos datos⁸⁵, las cuales además de incompletas, han sido brindadas excediendo el tiempo legalmente establecido para la contestación.

DIAGNÓSTICO: SINAVE, FALTA DE DATOS, ESTUDIOS SEROLÓGICOS A EMBARAZADAS, NIÑAS Y NIÑOS.

En 1960 se sancionó la Ley 15.465 sobre el “Régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria”⁸⁶ estableciendo la obligatoriedad, en todo el territorio de la Nación, de la notificación de los casos de enfermedades incluidas en dicha ley. Esta nómina se actualiza según la situación epidemiológica de las enfermedades y los compromisos internacionales contraídos en lo que respecta a su eliminación o reducción. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) posibilita al Estado contar con información estadística confiable, permitiendo a los diferentes actores del sistema de salud responder de forma apropiada en la planificación de acciones tendientes a abordar las diferentes enfermedades en él contempladas. Recién a partir del año 1996 el Chagas pasó a formar parte del listado de notificación obligatoria del SINAVE y ello explica la dificultad en la obtención de información con anterioridad a ese año.

Un informe de la Auditoría General de la Nación del año 2012⁸⁷ (cuyo período auditado comprende el año 2009 y el primer semestre de 2010) detalla claramente las deficiencias en la implementación del Programa Nacional de Chagas, muchas de las cuales subsisten y no existen pruebas de que se hayan efectuado los avances recomendados por este organismo de control⁸⁸. Entre ellas menciona la existencia de estadísticas del Ministerio de Salud de la Nación que evidencian que el número de embarazadas a quienes se efectúan controles de Chagas en Argentina, es inferior al establecido por la Ley 26.281 y la estimación más elevada de controles de embarazadas en el sector público (200.000) representaba aproximadamente la mitad (47,9%) de los/las nacidos vivos en este sec-

tor en 2009 y el 26,8% del total de los/las nacidos vivos en el año 2010.

A su vez, en un proyecto de pedido de informes que presentaron ante la Cámara de Diputados algunos legisladores, solicitando información sobre la implementación de la Ley 26.281⁸⁹, detallaron que no había información sobre controles de embarazadas, hijos/as de madres con Chagas y niños/as de hasta 14 años, correspondiente a los años 2009 y al primer semestre de 2010, de las provincias de Chaco, Corrientes, Misiones y Neuquén.

En sus respuestas a los pedidos de información pública, el Ministerio de Salud ha indicado que para el año 2015 la prevalencia de *T. cruzi* en embarazadas fue del 10.54% en Chaco, del 6.60% Santiago del Estero, del 4.91% en Formosa, del 3.81% en Salta y del 3.84% en San Juan. Y que las actividades de vigilancia serológica de menores de 15 años dio un resultado de 1.11% de 45.936 niños estudiados, habiendo considerado la información de sólo 18 provincias. A su vez, se informa que en el año 2015, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas en Argentina - FONPLATA ARG - 19/2019, se observó una importante brecha en el tamizaje serológico en niñas y niños menores de 5 años, dada por la necesidad de avanzar y completar el control vectorial en cada localidad y departamento, previo al tamizaje serológico para evitar los riesgos de transmisión vectorial.

Hay madres con Chagas que llegan al parto sin chequeos prenatales y algunos casos congénitos no suelen detectarse por falencias en el sistema de salud y en el acceso a la salud en diversas zonas del país⁹⁰. Desde la Coordinación Técnica del Programa de Chagas del Ministerio de Salud, se ha sostenido que los controles obstétricos “no estarían alcanzando a la población objetivo, por lo que es necesario realizar mayores esfuerzos en ese sentido”⁹¹.

Ministerio de Salud para las reuniones anuales de la Comisión Intergubernamental de la Iniciativa Subregional del Cono Sur de Eliminación de Triatoma Infestans y la Interrupción de la Transmisión Transfusional de la Tripanosomiasis Americana, Iniciativa del Cono Sur para controlar y eliminar la enfermedad de Chagas (INCOSUR).

85 Las solicitudes se refirieron a cuestiones vinculadas con la situación actual de la enfermedad de Chagas en el país, las acciones de prevención de la enfermedad, cuestiones presupuestarias vinculadas a la enfermedad, la implementación de la Ley 26.281, del Programa Nacional de Chagas y del Plan Nacional 2011-2016.

86 Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195093/norma.htm>

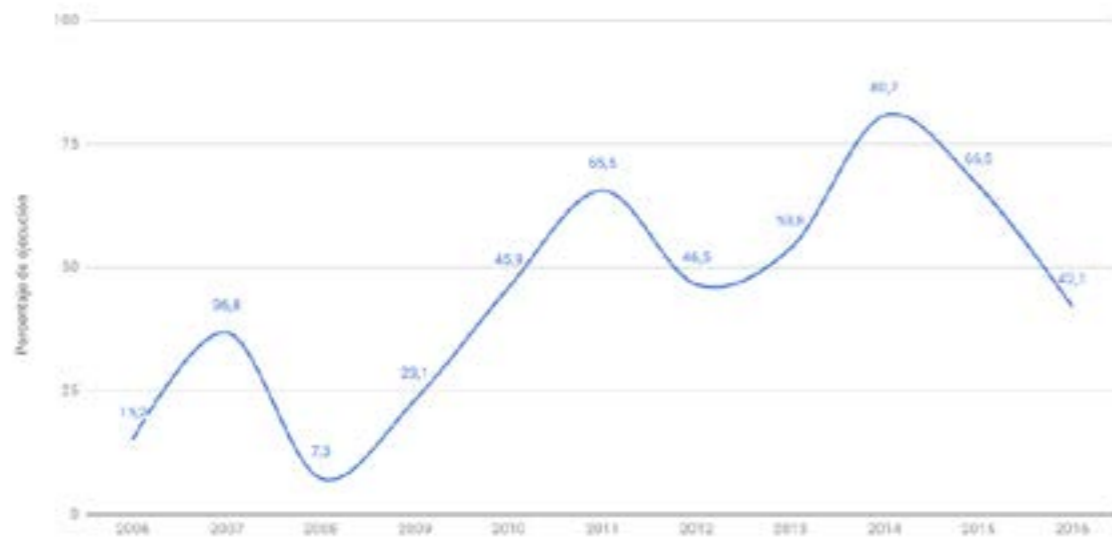
87 Disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2012_020info.pdf

88 No se ha podido acceder a informes posteriores de monitoreo o rendición de cuentas que indiquen que estas observaciones se han remediado.

89 Disponible en: <http://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyectoTP.jsp?exp=1256-D-2012>

90 Información disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/fracaso-sanitario-nace-bebe-chagas-horas_0_Hkmsfz4s-.html

91 Ver: <https://www.elpatagonico.com/nueve-cada-diez-ninos-tratados-forma-temprana-se-curan-del-chagas-n3043851>



El análisis de los Informes de Seguimiento Físico - Financiero de la Administración Nacional (elaborados por la Oficina Nacional de Presupuestos⁹²) correspondientes al cuarto trimestre de los años comprendidos entre 2006 y 2016 (ambos incluidos), permite observar que nunca se han ejecutado todas las actividades programadas de estudios serológicos para mujeres embarazadas y para niñas y niños.

Como se observa en el gráfico anterior, si bien los porcentajes de ejecución han oscilado durante el periodo analizado, alcanzaron sus mayores niveles de ejecución en el año 2014, sin superar el 80% de ejecución. Durante 2015 y 2016 estos niveles han descendido considerablemente, hasta alcanzar el 42% la realización de estudios serológicos.

El Informe de Seguimiento Físico - Financiero del primer trimestre de 2017 refleja que sólo se han asistido a 38.124 personas mediante estudios serológicos que habían sido programados para 69.800 personas en ese trimestre (5,4% de la programación anual de 710.000). Según el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, los centros de salud confirmaron apenas 145 casos de Chagas congénito en 2015 y 99 en todo 2016, menos del 8% de los estimados. A octubre de 2017 fueron confirmados 60 casos en todo el país. El Centro de Estudios e Inves-

tigación Social Nelson Mandela hace una inferencia en base a la información disponible sobre 2015⁹³, y concluye que en 2017, en nuestro país habrían existido 545.445 mujeres embarazadas, quedando fuera de las medidas de prevención implementadas, 382.531 mujeres en gestación⁹⁴.

CONTROL DE LA TRANSMISIÓN VECTORIAL (ROCIADO QUÍMICO, INSPECCIONES DOMICILIARIAS, MEJORAMIENTO DE VIVIENDAS)

Entre las metas para el año 2010⁹⁵, el Programa Nacional de Chagas contenía la interrupción de la transmisión vectorial en las 19 provincias argentinas. Habiendo pasado más de 7 años de dicho plazo todavía 11 de las 19 provincias son consideradas de alto a moderado riesgo de transmisión vectorial activa⁹⁶. Además, el Programa posee varias líneas estratégicas⁹⁷, objetivos y actividades encaminadas a ese fin. Dentro del primer objetivo se encuentran algunas estrategias para la prevención y el control de la transmisión vectorial como la vigilancia entomológica de viviendas y su posterior rociado químico en base a un plan de rociado basado en la estratificación de riesgo de cada provincia con transmisión vectorial; y la erradicación de las viviendas rancho y mejora del peridomicilio, para lo cual establece la conformación de una Comisión Nacional que integre a los Ministerios involucrados y la elaboración e implementación de un Plan Nacional de Vivienda Saludable.

Tradicionalmente se consideró que el adobe (mezcla de barro y paja) era sinónimo de presencia de vinchucas en una construcción. Esta idea condujo a una especie de culpabilización de las viviendas hechas de adobe, los ranchos, y llevó a considerar de manera extendida que las vinchucas dejarían de ser un problema si se eliminaran las construcciones realizadas con este tipo de materiales. Sin embargo, las condiciones favorables para la presencia de vinchucas en una construcción tienen que ver con cuestiones más estructurales que la calidad o el tipo de materiales, dado que las grietas y los agujeros se pueden presentar en paredes y techos de cualquier material sin revoque o sin mantenimiento adecuado, una pared de adobe

93 En 2015 se estudiaron 162.914 mujeres embarazadas, cuando en el país se estiman que 770.040 dieron a luz hijos vivos.

94 Información disponible en: <http://www.centromandela.com/?p=20997>

95 http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2007/acta-07-07/anexo_5_dossier_informativo_programa_federal_chagas.pdf

96 Estas provincias presentan una re-emergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliar y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables. disponible en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/diagnostico>

97 Disponibles en: <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/plan-nacional-de-chagas/lineas>

92 Disponibles en: <http://www.mec.gov.ar/onp/html/#>

bien revocada, con adobe mismo, es casi imposible de diferenciar de una pared de otro material igualmente revocada. Al mismo tiempo, una vivienda puede no presentar grietas ni agujeros en sus paredes, pero reunir otra serie de condiciones que igualmente la hagan propicia a la colonización por parte de las vinchucas⁹⁸. Cabe destacar que una vivienda, construida con paredes de ladrillos y cemento, techo de hormigón, tejas o chapas en un paraje endémico, no evitará que el vector se infiltre a la vivienda buscando alimento. De esto se trata la característica de endemidad de territorios bajo riesgo de transmisión vectorial de Chagas.

Si bien existen estudios que indican que el riesgo mayor afecta a las denominadas viviendas rancho, también se dan otros casos donde diseños que no responden a la modalidad “rancho” ni se emplazan en el medio rural resultan riesgosos por distintos factores, como el caso de viviendas urbanas de San Juan, cuya estructura permite el anidamiento de palomas y con ellas, la infestación de vinchuca. Además, se ha comprobado que la planificación y ejecución sistemática de viviendas estándar no siempre ha resuelto el problema, ya que los/las habitantes no han asumido como propias las viviendas, y han construido nuevos ranchos⁹⁹. Lo que conduciría a la eliminación de la transmisión vectorial es la instalación de un sistema de vigilancia activa, sostenible en el tiempo, independientemente de los avances logrados en ciertas provincias que han obtenido la certificación de la interrupción de la transmisión vectorial.

A pesar de que las respuestas brindadas por el Estado frente a las solicitudes de información pública han sido incompletas, de ellas se desprende que si bien se ha dado una reducción de casos agudos notificados en el periodo 1996-2015 y una reducción de la infestación de viviendas en las áreas endémicas del país, existiendo un menor riesgo de transmisión vectorial, el riesgo persiste en provincias donde la infestación domiciliaria¹⁰⁰ y silvestre de los triatomíneos es alto. A su vez, la información de Bancos Públicos de Sangre sobre Seroprevalencia de Chagas indica que ha habido reducción de la prevalencia de 4.4% (año 2000) a 1.49% (año 2015).

98 CONICET. Hablamos de Chagas. Aportes para (re) pensar la problemática con una mirada integral. Páginas 78 a 80. Disponible en: <http://www.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/09/Hablamos-de-Chagas.pdf>

99 Aragües A.; Jait A.; Massa Fórmica A.; Marsili L.; Ochoa A.; Pérez N.; Ríos E.; Sanmartino M.; Spano R.; Storino R. "Reflexiones acerca de las intervenciones en la vivienda como factor de riesgo en Chagas El Habitat Rural: del Espacio Doméstico a la Dimensión Productiva". Congreso Nacional de Vivienda Rural. Corrientes; 2007. Disponible en: https://www.academia.edu/7195396/Reflexiones_acerca_de_las_intervenciones_en_la_vivienda_como_factor_de_riesgo_en_Chagas_Fern%C3%A1ndez_Carral_Susana_Ariel_Arag%C3%BCes_Andrea_Jait_Sof%C3%ADa_Massa_F%C3%B3rmica_Luciana_Marsili_Alejo_Ochoa_Nora_P%C3%A9rez_Enrique_R%C3%ADos_Mariana_Sanmartino_Romina_Spano_y_Rub%C3%A9n_Storino

100 La infestación domiciliaria expresa la proporción de viviendas con presencia de vinchucas.

Sin embargo, se aclara que La Rioja (15.65%) Chaco (8.04%), Formosa (7.95%) y Santiago del Estero (6.95%) mantienen prevalencias altas.

En la propia página web del Ministerio de Salud se reconoce que “a partir de 2000 se observó una tendencia creciente en el número de casos agudos vectoriales en el país debido a la disminución de las actividades de control del vector (la tasa anual de rociado de viviendas con insecticidas bajó de 140.000 viviendas en 1994 a menos de 65.000 entre 1998 y 2008) y a la baja cobertura de las acciones sostenidas de vigilancia (menos del 40% de las viviendas de área endémica), todo esto a consecuencia de reducciones de presupuesto y de la capacidad operativa del Programa por déficit de recursos humanos y materiales y una gestión inadecuada. Otros factores que contribuyeron al recrudescimiento de la endemia fueron la crisis socioeconómica de 2001, la insuficiente atención al problema y a la promoción y la prevención en los sistemas de salud y los cambios de gestión en los programas.”¹⁰¹

La Auditoría General de la Nación, en el informe antes referenciado, ha manifestado preocupación por la inexistencia de una unidad centralizadora específica del tema, lo cual debilita no solo la relación entre el control vectorial y las actividades no vectoriales de prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de las personas afectadas, sino las posibilidades de abordar integralmente la enfermedad en sus diversas dimensiones.

Además, ha sostenido que la vigilancia entomológica continua es uno de los aspectos más débiles de los programas provinciales de control vectorial de Chagas y que el Programa Nacional articula de manera poco eficaz con los programas provinciales las responsabilidades de los controles vectorial y no vectorial básicos para controlar el vector y para tratar la enfermedad. A ello se suma que tanto las provincias como las Bases Nacionales de Control de Enfermedades (BaNCE) expresan la necesidad de incrementar los recursos humanos para el control de vectores.

Por último, la AGN mencionó que no hay información sobre acciones coordinadas desde el Ministerio de Salud con otras áreas gubernamentales en cuanto a la construcción y/o readecuación de viviendas en las áreas de mayor endemidad.

101 <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/institucional/programa-nacional-de-chagas>

En el mismo sentido se han manifestado algunos legisladores en los fundamentos del proyecto de pedido de informes antes mencionado¹⁰²: se advirtió que el diagnóstico de situación y metas para el período 2010-2016 del Programa Nacional de Chagas, señalaba que las provincias de Chaco, Formosa, Santiago del Estero, San Juan, La Rioja, Mendoza y Salta, reflejaban reemergencia en la transmisión de la enfermedad, a través del incremento de valores en los indicadores referidos a casos agudos, a la seroprevalencia en los grupos etarios de menores edades y a la infestación domiciliaria. Según información del Programa Nacional de Chagas, la provincia de Santiago del Estero tenía programada la fumigación en 2.969 localidades en 2008 y apenas cubrió el 34,4%. En La Rioja, de las 690 localidades planificadas para realizar tareas de rociado domiciliario, sólo se llegó al 20,6%.

Después de años de olvido, tuvo que resolverse un caso ante la Corte Suprema de Justicia de la Nación¹⁰³ para que se ordene a la provincia de Chaco la fumigación en El Impenetrable. Sin embargo, información difundida por el Centro de Estudios e Investigación Social Nelson Mandela en el año 2014, indica que el 90% de las viviendas de El Impenetrable está infestada de vinchucas¹⁰⁴.

En sus respuestas a los pedidos de información, el Ministerio de Salud informó que para el año 2015 el Programa Nacional de Chagas contemplaba un área endémica de 516.379 viviendas, mayoritariamente rurales y periurbanas y que la región de mayor endemicidad histórica es el Noroeste y Centro de Argentina, comprendiendo 13 de los 19 estados provinciales donde hay presencia del vector. Si bien no se obtuvo información relativa a los años 2016 y 2017, para el año 2015 se informó que se habían tratado y vigilado 55.733 viviendas con rociado químico. Esta cifra representa apenas el 10,8% del total contemplado por el programa y un 36,6% del total de actividades de este tipo programadas para ese año¹⁰⁵. Las metas físicas planificadas para el rociado químico de viviendas no han tenido grandes varia-

ciones a lo largo de los años, entre 1983 y 1985 alcanzaban poco más de 100.000 viviendas, en 2006 y 2007 140.000, aumentando a 220.000 en 2009 y disminuyendo nuevamente a 141.000 en 2012 y 2013. Durante los años 2014 a 2017 las metas físicas se mantuvieron iguales: 152.000 viviendas rociadas, 298.000 vigiladas y 710.000 estudios serológicos a embarazadas, niñas y niños.

El proyecto de presupuesto 2018 presentado por el Poder Ejecutivo Nacional al Congreso el 15 de septiembre de 2017, así como la Ley que lo aprobó, contempla una disminución considerable de las viviendas a rociar (serían sólo 70.000) y de la cantidad de personas a quienes se le realizarán estudios serológicos (600.000).

El análisis de los Informes de Seguimiento Físico - Financiero de la Administración Nacional (elaborados por la Oficina Nacional de Presupuesto¹⁰⁶) correspondientes al cuarto trimestre de los años comprendidos entre 2006 y 2016 (ambos incluidos), permite observar que nunca se han ejecutado todas las actividades programadas de rociado de viviendas en las que habitan personas con Chagas ni de vigilancia de viviendas rociadas.

Como puede observarse en el siguiente gráfico, los porcentajes de ejecución de ambas actividades han oscilado durante el periodo analizado, alcanzando sus mayores niveles de ejecución en el año 2014, sin superar el 80% de ejecución en ninguno de los casos. Durante 2015 y 2016 estos niveles han descendido considerablemente, hasta alcanzar poco más del 36% de ejecución las actividades programadas de rociado y vigilancia de viviendas con Chagas. Estos datos podrán contrastarse con los vinculados a la ejecución presupuestaria que se abordan en el último capítulo del documento, donde veremos que tampoco se han ejecutado todos los recursos asignados a las actividades vinculadas con el Chagas.

102 Disponible en: <http://www.hcdn.gob.ar/proyectos/proyectoTP.jsp?exp=1256-D-2012>

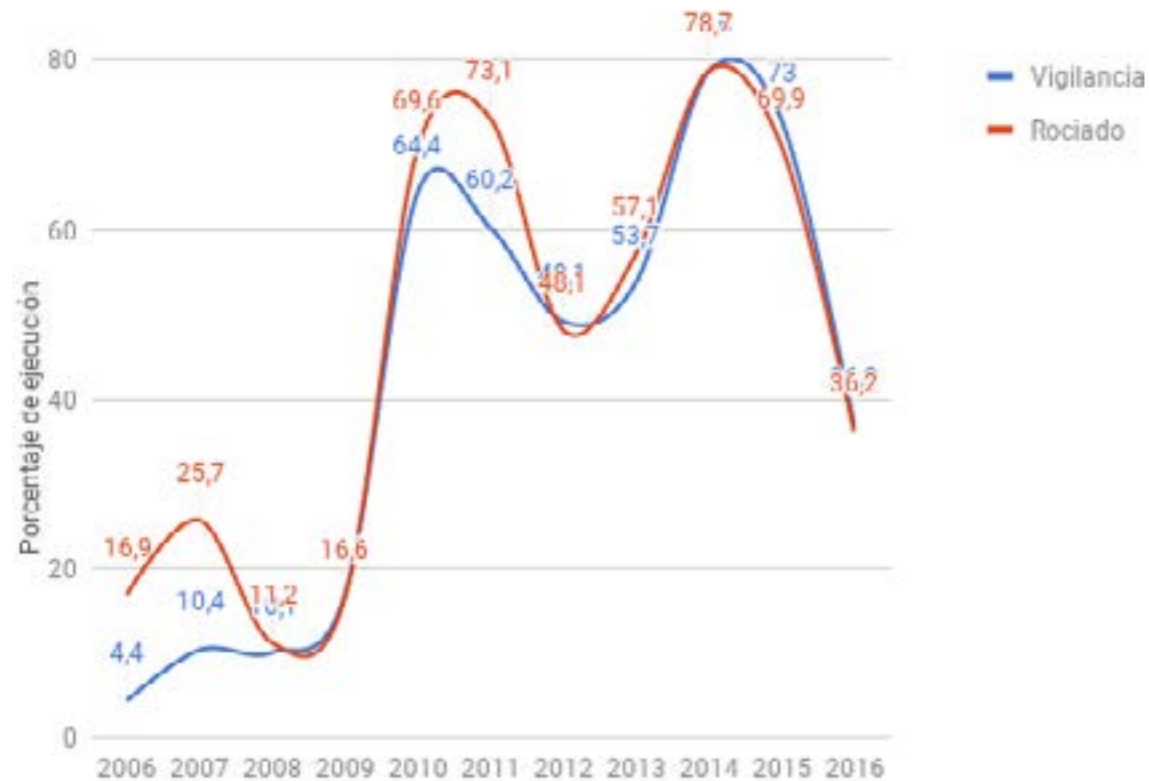
103 CSJN. "Defensor del Pueblo de la Nación v. Estado Nacional y otro (Provincia del Chaco) s/ proceso de conocimiento". Sentencia de 18-09-2007. Disponible en: <http://www.derecho-comparado.org/sentencias/argTobas.htm>; <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/defensor-del-pueblo-de-la-nacion-c-estado-nacional-y-otro-derecho-a-la-vida-digna-comunidades-in-.pdf>

104 Información relevada por el Centro de Estudios e Investigación Social Nelson Mandela. Disponible en: <http://www.diarionorte.com/articulo/115053/zona-roja-del-chagas-el-90-de-las-viviendas-de-el-impenetrable-esta-infestada-de-vinchucas>

105 A su vez, esta información se contradice con los datos disponibles en la página web de la Oficina Nacional de Presupuesto, que informa un total de 152.000 viviendas rociadas durante 2015.

Cuenta de Inversión 2015. Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.meccon.gov.ar/hacienda/cgn/cuenta/2015/tomoi/jur80.htm>

106 Disponibles en: <http://www.meccon.gov.ar/onp/html/#>



El Informe de Seguimiento Físico - Financiero del primer trimestre 2017 refleja que sólo se han rociado 6.621 viviendas de las 15.000 proyectadas para ese trimestre (4,4% de la programación anual de 152.000), y sólo se han vigilado 14.358 viviendas de las 28.700 proyectadas para ese trimestre (4,8 % de la programación anual de 298.000).

CONTROL DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL Y OTROS TIPOS DE TRANSMISIÓN

El segundo objetivo del Programa se vincula con la prevención y control de la transmisión no vectorial, mediante la evaluación de donantes de sangre y de órganos; y el tercero con el control de la infección congénita mediante el diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno y la notificación de al menos el 95% de los casos de infección congénita por *T. cruzi* en el recién nacido y el niño hasta el año de edad.

Para ello se reconoce la necesidad de promover la elaboración de estrategias

articuladas entre los diferentes niveles de atención y con otros programas para la optimización del diagnóstico y tratamiento. El Programa publicado en la web del Ministerio de Salud enuncia como instituciones con las cuales articular estrategias, a la Dirección de Maternidad e Infancia, instituciones de Atención Primaria de la Salud, el Plan de Reducción de la Mortalidad Infantil, el Plan Nacer-Sumar, la Libreta Sanitaria y la asignación Universal por Hijo.

El cuarto objetivo del Programa regula estrategias para el control de la infección aguda y crónica en el Primer Nivel de Atención y en coordinación con otros sistemas. Incluye la capacitación del personal de salud y la confirmación del diagnóstico y tratamiento a través de efectores naturales, prestadores de servicio de salud en las comunidades de residencia; la realización de tamizajes a residentes en áreas rurales endémicas a través de operativos en domicilios u operativos en escuelas a los niños en edad escolar, residentes en áreas urbanas y con antecedente de riesgo según evaluación previa.

EL ESTADO TIENE LA OBLIGACIÓN DE:

**TENEMOS
DERECHO
A LA SALUD**

- ✓ **ADOPTAR MEDIDAS PARA PREVENIR, TRATAR Y COMBATIR LAS ENFERMEDADES EPIDÉMICAS Y ENDÉMICAS.**
- ✓ **DESARROLLAR ESFUERZOS PARA MEJORAR LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y LA PRODUCCIÓN DE DATOS.**
- ✓ **GARANTIZAR UNA ATENCIÓN OPORTUNA Y APROPIADA A LA SALUD Y SUS DETERMINANTES, COMO LA VIVIENDA.**
- ✓ **ADOPTAR MEDIDAS PARA GARANTIZAR DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD A SERVICIOS MÉDICOS Y MEDICINALES ADECUADOS.**

TRATAMIENTO

Para niños y niñas menores de 15 años con infección crónica el Programa establece, como una de sus metas, la cobertura del 95%. Para el financiamiento del diagnóstico y tratamiento de la población infantil determina que se tendrán en consideración la cartilla de salud infantil a los 6 años, el Programa de Salud Escolar (PROSANE) y la asignación Universal por Hijo. Para su cumplimiento establece la necesidad de articulación con el PROSANE, Direcciones o Programas de Maternidad e Infancia nacional y provinciales, sistemas de Atención Primaria de la Salud provinciales y laboratorios nacionales y provinciales. Para personas con enfermedad cardíaca, digestiva o nerviosa establece que todos los subsistemas de salud deberán garantizar la provisión de la medicación específica ambulatoria, marcapasos, cardio-desfibriladores e intervenciones quirúrgicas digestivas; y los exámenes complementarios correspondientes.

La Auditoría General de la Nación, en su informe de 2012 manifestó preocupación porque el número de controles serológicos y de tratamientos alcanzaba solo a un 5,7% de la población de niños y niñas de entre 6 y 12 años, lo que significa que no se efectuó el control, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de un importante sector de la población destinataria. La información que registra el Ministerio de Salud de la Nación en uno de sus documentos presentados a la AGN -que reconoce incompleta- señala la realización de 390 tratamientos en 2009; mientras que la línea base del año 2010 indicaba 800 tratamientos, en tanto el número óptimo a alcanzar ese año era, estimativamente, de 35.000.

De la documentación acompañada por el Ministerio de Salud de la Nación en respuesta a los pedidos de acceso a la información pública, no se desprende cuál era la línea de base a cumplir en el marco del objetivo de diagnóstico y tratamiento en el año 2015, sólo se menciona que entre sus acciones se encuentra *“la provisión sostenida y oportuna de insumos necesarios”* y que la información de 18 provincias indica que se informaron 2.218 tratamientos para pacientes con infección crónica y para casos agudos congénitos y vectoriales, refiriendo que *“se estima hay más tratamientos sin notificar”*. A pesar de no contar con información certera que permita saber cuántos tratamientos estaban estimados y cuántos

efectivamente se realizaron en 2015, la cantidad de referencia (2.218) se encuentra muy lejos de la estimada para el año 2010 y mucho peor con respecto a la cantidad de personas que tienen Chagas en nuestro país, alrededor de 1.500.000 personas.

CAPACITACIONES Y CONCIENTIZACIÓN

Dentro del objetivo 5 del Programa se encuentra la creación de una Mesa de Gestión Integrada y validación y adopción del Plan en el Consejo Federal y los Consejos Regionales de Salud (COFESA-CORESA); la incorporación de recursos humanos en la Coordinación Nacional de Control de Vectores y en los Programas Provinciales de Chagas; capacitaciones, instalación u optimización de laboratorios de entomología y de diagnóstico serológico y parasitológico; la elaboración de un plan de comunicación social y participación comunitaria; la evaluación y supervisión del Programa.

Una de las acciones desarrolladas en este sentido fue la sanción de la ley nacional 26.945, de 2014, mediante la cual se declara el último viernes del mes de agosto de cada año como el “Día Nacional por una Argentina sin Chagas”. También pueden observarse algunas acciones aisladas vinculadas con este objetivo como capacitaciones a 190 efectores de salud en Chaco, Tucumán y Santa Cruz¹⁰⁷.

La AGN ha manifestado en 2012 que la Coordinación no Vectorial del Programa está a cargo de un único profesional, sin un equipo técnico que lo asista en las actividades de capacitación, formación y fortalecimiento del personal de los sistemas de salud provinciales en prevención, detección, diagnóstico y tratamiento del Chagas y en el seguimiento de las acciones respectivas en las distintas jurisdicciones. Concluye su informe diciendo que en el período auditado (2009 y primer semestre de 2010) no se ha tomado conocimiento de la realización de acciones y/o campañas masivas con otros organismos gubernamentales para concientizar a la sociedad a nivel nacional sobre características de la enfermedad, número de afectados, medidas de prevención, posibilidades de interrumpir la transmisión y de curación.

¹⁰⁷ Información remitida por el Estado en su respuesta al pedido de acceso a la información pública presentado por ACIJ.

En sus respuestas a los pedidos de acceso a la información pública, el Ministerio de Salud informó que en el año 2015, en el marco del Proyecto de Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas en Argentina - FONPLATA ARG - 19/2019, se observó una importante brecha en la capacitación de los Equipos de Salud, dada por dificultades financieras ya que los profesionales para desarrollarlas se encontraban disponibles.

A lo anterior se suman diversos cambios que se han desarrollado en la estructura del Programa en los últimos tiempos. El Programa Nacional de Chagas, dependía de la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores, creada en 2009 por Resol. Ministerial 719/2009, la cual se encontraba bajo la órbita de la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgo, y ésta, a su vez, de la Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. En la actualidad, ya no depende de una dirección sino que está a cargo de la Coordinación Nacional de Enfermedades Transmisibles por Vectores, la cual se encuentra bajo dependencia de la Dirección Nacional de Epidemiología y Análisis de Situación de Salud, de la Subsecretaría de Estrategias de Atención y Salud Comunitaria, y de la Secretaría de Operaciones y Estrategias de Atención de la Salud. Esta variación implica una disminución del nivel jerárquico que puede repercutir en la capacidad de decisión.

ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

La Ley 26.281 prevé como obligación a cargo del Poder Ejecutivo Nacional, para la prevención y el control de la enfermedad de Chagas, desarrollar intervenciones que permitan dar respuestas preventivas y de tratamiento, de índole ambiental, laboral, sanitaria, educativa y de vivienda y hábitat saludable, mediante diversas acciones entre las que se encuentra: “*gestionar el arbitrio de los recursos económicos necesarios, durante cada ejercicio fiscal, para la financiación de los programas a determinar*” (art. 2 inc. h). En esta línea, el quinto objetivo del Programa Nacional de Chagas establece estrategias generales y transversales a todo el programa entre las que se encuentra la gestión de incremento presupuestario.

El Programa 37¹⁰⁸ de “Prevención y control de enfermedades endémicas”

108 De 2012 a 2013, las actividades que comprendía este Programa fueron: 1- Control de enfermedades transmitidas por vectores 2- Prevención y Atención Integral a la Enfermedad de Chagas 4- Asistencia Para la Detección y Tratamiento de Enfermedades Endémicas (Financiado con Crédito del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento -BIRF- N° 7412-AR y 7993-AREn el año 2014, a las actividades anteriores se le sumó la

tiene dos actividades que se sostienen entre los años 2012-2017: Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores y Zoonosis en General (Actividad 1) y Prevención y Atención Integral a la Enfermedad de Chagas (Actividad 2). Además contiene otras dos actividades, que se sustentan con financiamiento externo, y varían en el período de tiempo analizado. Ellas son “Asistencia para la Detección y Tratamiento de Enfermedades Endémicas” (Actividad 4)¹⁰⁹ y “Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión Vectorial del Chagas” (Actividad 5)¹¹⁰. La Actividad 4 no se ejecutó en el año 2015 y desapareció a partir de 2016, quedando sólo las Actividades 1, 2 y 5.

El informe elaborado por la Auditoría General de la Nación¹¹¹ detalló que si bien la Dirección de Enfermedades Transmisibles por Vectores contaba con asignación presupuestaria para 2011, el Programa Nacional de Chagas perdió asignación presupuestaria específica entre 2009 y 2011. En el proyecto de pedido de informes al Poder Ejecutivo también referenciado con anterioridad, con cita del informe de la AGN, se afirma que a la fecha de presentación (marzo de 2012) se habrían producido graves desvíos entre el presupuesto programado y el presupuesto ejecutado por el gobierno nacional para el control de las enfermedades transmisibles por vectores y zoonosis en general, principalmente el Chagas. Entre los fundamentos de este proyecto, se menciona que para cumplir con el Programa Nacional de Chagas existe un manual operativo de evaluación de los programas provinciales, elaborado en el año 2004 pero que en los años 2009 y 2010 no se habrían comenzado las evaluaciones en distintas provincias por razones presupuestarias.

Anualmente los programas de Chagas provinciales deben realizar un diagnóstico de situación del control de la enfermedad, en base al cual -sumado a la capacidad operativa de cada jurisdicción- se establecen las metas anuales. Sin embargo, en los Programas Operativos Anuales referidos por el Ministerio de Salud al “Informe Chagas” se señalan “activi-

actividad n° 5: “Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión Vectorial del Chagas”, financiada por un préstamo FONPLATA ARG-19/2013 que comienza a funcionar desde el año 2014, vigente hasta la actualidad, creado por el Decreto 302/2014 (Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/227882/norma.htm>)

109 Financiada por crédito BIRF 7412-AR y 7993-AR, que funciona (en la serie en estudio) entre los años 2012-2014.

110 Financiada por un préstamo FONPLATA ARG-19/2013 que comenzó a funcionar en el año 2014, vigente hasta la actualidad. El crédito se creó mediante el Decreto 302/2014. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/227882/norma.htm>

111 La AGN ha realizado otras auditorías en 2015, 2016 y 2017 sobre los estados financieros del “Programa de Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión de la Enfermedad de Chagas en la República Argentina” (disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/225000-229999/227882/norma.htm>), fruto de las cuales ha efectuado recomendaciones vinculadas con falencias normativas en el proceso de contratación, falta de documentación de respaldo o incompleta (disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2017_079info.pdf) y falta de publicación del llamado a licitación (disponible en: https://www.agn.gov.ar/files/informes/2016_115info.pdf).

dades sin presentación de metas de control vectorial y no vectorial” para el año 2009, y para el año 2010 presenta las metas de las provincias “cuyo cumplimiento está sujeto a la disponibilidad de recursos”.

A continuación haremos un análisis de la información presupuestaria obtenida de documentos oficiales. Compararemos los montos originales del Programa 37 -asignados por el Congreso Nacional en las correspondientes leyes de presupuesto anuales- con los montos vigentes, es decir los resultantes de las modificaciones y reasignaciones presupuestarias que ha efectuado el Poder Ejecutivo Nacional, haciendo uso de competencias legislativas pasibles de cuestionamientos por tratarse de facultades discrecionales inconstitucionales, atribuidas al poder Ejecutivo a través de una ley infra-constitucional¹¹².

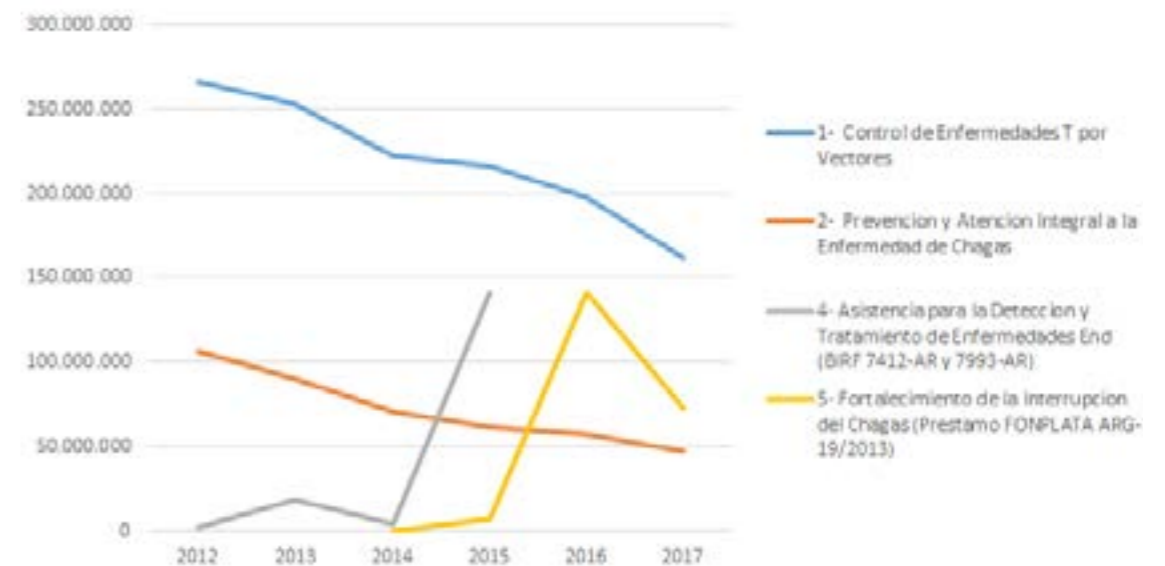
El presupuesto original y el vigente (ajustados por inflación a valores del año 2016¹¹³) del Programa 37, han tenido variaciones muy disímiles entre las diversas actividades durante la serie 2012 - 2017, lo cual dificulta la realización de un análisis general del Programa.

A su vez, hubo variaciones en los montos presupuestados por las Leyes de Presupuesto anuales y los vigentes para cada periodo. En todos los casos -a excepción del año 2015- el presupuesto vigente ha sido menor al aprobado por el Poder Legislativo. Sólo en el año 2015 se observa un aumento del 6% entre el original y el vigente, ajustados por inflación.

Haciendo un análisis por actividad, se observan modificaciones muy considerables entre el presupuesto original y el vigente para las diferentes actividades. Así, la Actividad 2 en el año 2015 pasó de \$61.510.050 a \$24.192.098 (disminuyó en un 60,7 %); de \$57.477.000 a \$15.013.020 en 2016 (disminuyó en un 73,9%); y de \$47.171.504 a \$23.942.045 en 2017 (disminuyó un 49,25%).

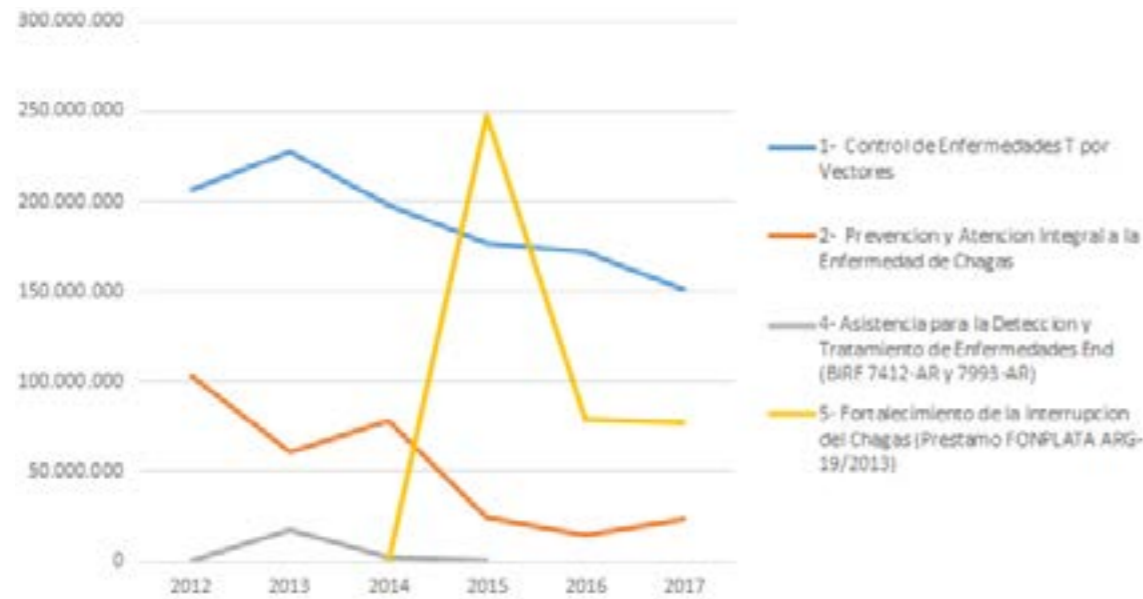
Para la Actividad 5 se observa un aumento considerable entre el presupuesto original y el vigente en 2015 (de \$6.733.687 original pasa a \$247.923.738 vigente, ambos ajustados por inflación), mientras que para el año 2016 hubo una disminución del 43,8% entre el original y el vigente (de \$140.643.146 original a \$79.044.164 vigente).

En el año 2015, la relación entre el presupuesto original y el vigente de las actividades 4 y 5 es inversamente proporcional, mientras el presupuesto destinado para una, aumenta, disminuye para la otra, casi en la misma relación. Sus fundamentos no han podido encontrarse en documentos presupuestarios oficiales así como tampoco si un programa reemplaza al otro. A continuación se grafica, en primer lugar, el presupuesto original del periodo 2012-2017 y, en segundo lugar, el presupuesto vigente del mismo periodo de tiempo, por actividades. La comparación de ambos gráficos permite observar las variaciones antes referidas.

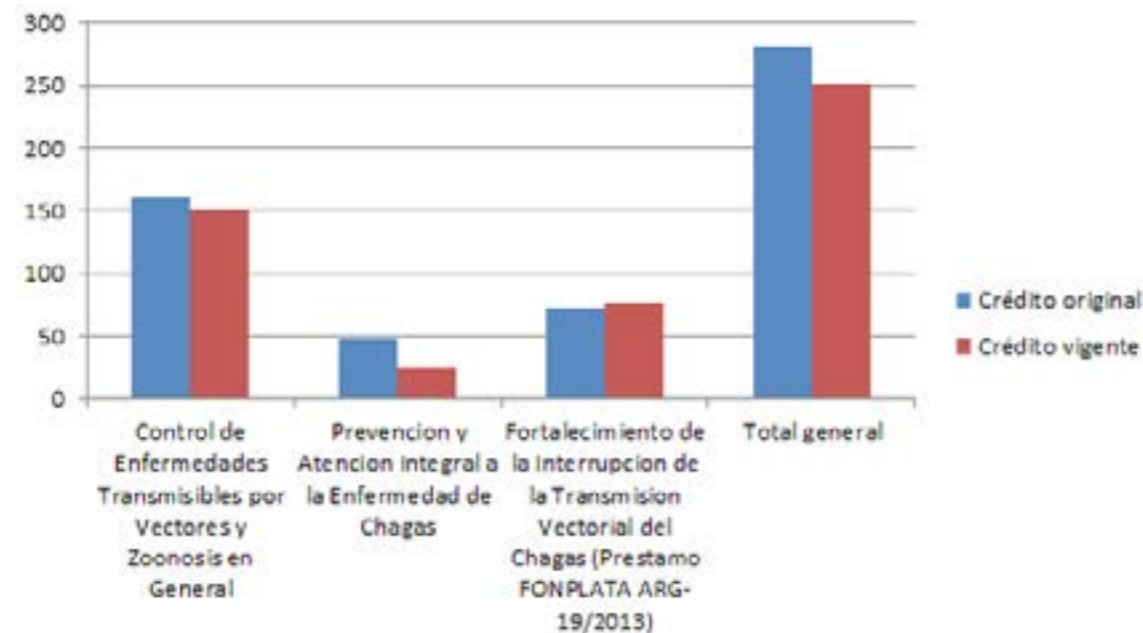


112 Si bien el art. 37 de la Ley 24.156 de administración Financiera establece que el Jefe de Gabinete de Ministros puede disponer las reestructuraciones presupuestarias que considere necesarias dentro del monto total aprobado por Ley de Presupuesto, la Constitución Nacional establece que el Congreso debe fijar anualmente el presupuesto general de gastos y cálculo de recursos de la administración nacional, en base al programa general de gobierno y al plan de inversiones públicas y aprobar o desechar la cuenta de inversión (art. 75 inc. 2 y 8). La aprobación del presupuesto es, entonces, una atribución exclusiva del Poder Legislativo Nacional. En el modelo constitucional argentino, las facultades del poder legislativo y del poder ejecutivo en materia presupuestaria están claramente delimitadas. En efecto, el art. 99 de la Constitución dispone expresamente que “El Poder Ejecutivo no podrá en ningún caso bajo pena de nulidad absoluta e insanable, emitir disposiciones de carácter legislativo”. En ningún caso la Constitución permite la modificación del presupuesto aprobado en el Congreso por el Poder Ejecutivo, sino tan sólo su ejecución. Ello encuentra fundamento en el principio de división de poderes que caracteriza a nuestro sistema democrático y representativo de gobierno.

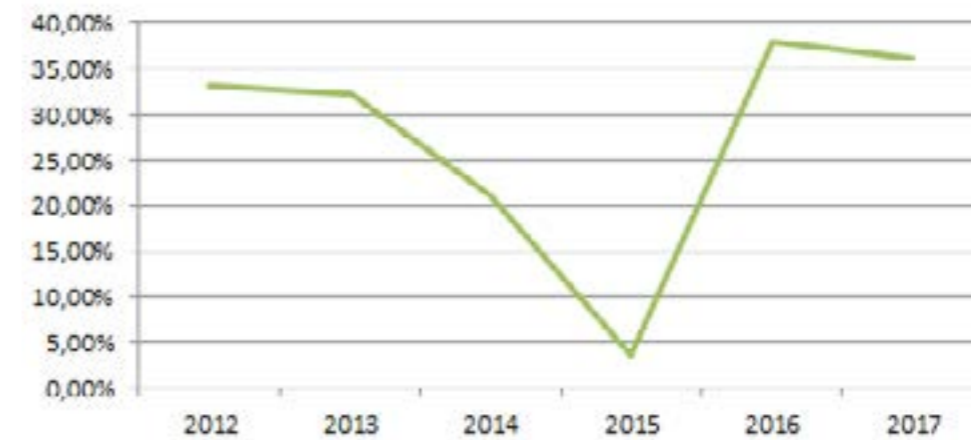
113 El ajuste por inflación se realiza en base a los valores acumulados al cierre del ejercicio 2016. Se utilizó como fuente los cálculos realizados por EPyCA Consultores, basados en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de Institutos de Estadística Provinciales (hasta marzo de 2016) e IPC Nacional del Instituto Nacional De Estadísticas y Censos (INDEC) (desde marzo de 2016). Como presupuesto original se emplea el sancionado por el Congreso Nacional a través de las leyes de presupuesto anuales. Por último, el presupuesto vigente se extrae del Sitio del Ciudadano y de los informes oficiales de ejecución físico-financiera disponibles en el sitio web de la Oficina Nacional de Presupuesto.



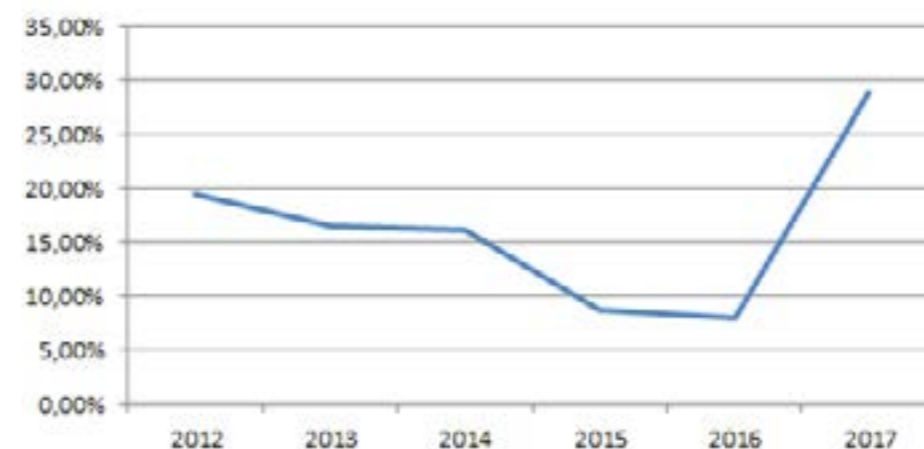
Como se observa en el gráfico siguiente, en el año 2017, el presupuesto vigente ha sido menor que el original, disminuyendo casi 29 millones de pesos, un 10,28% con relación al presupuesto aprobado por el Congreso. Aquí se grafica la variación total del Programa 37 y la de cada actividad para el año 2017, con información actualizada al día 26 de diciembre de dicho ejercicio.



Los niveles de sub-ejecución presupuestaria para el total del programa en base al presupuesto original ajustado por inflación son muy variables. Sus cifras son del 33 y 32% en 2012 y 2013, disminuyendo a un 21% en 2014. El Programa alcanzó el mayor porcentaje de ejecución en el año 2015 pero la inutilización de los recursos aumentó nuevamente en 2016, cuando el porcentaje de sub-ejecución fue del 38%. Al 26 de diciembre de 2017, el presupuesto asignado por ley de presupuesto 2017 al Programa 37, arroja una sub-ejecución del 36,24%, como se observa en el gráfico siguiente.

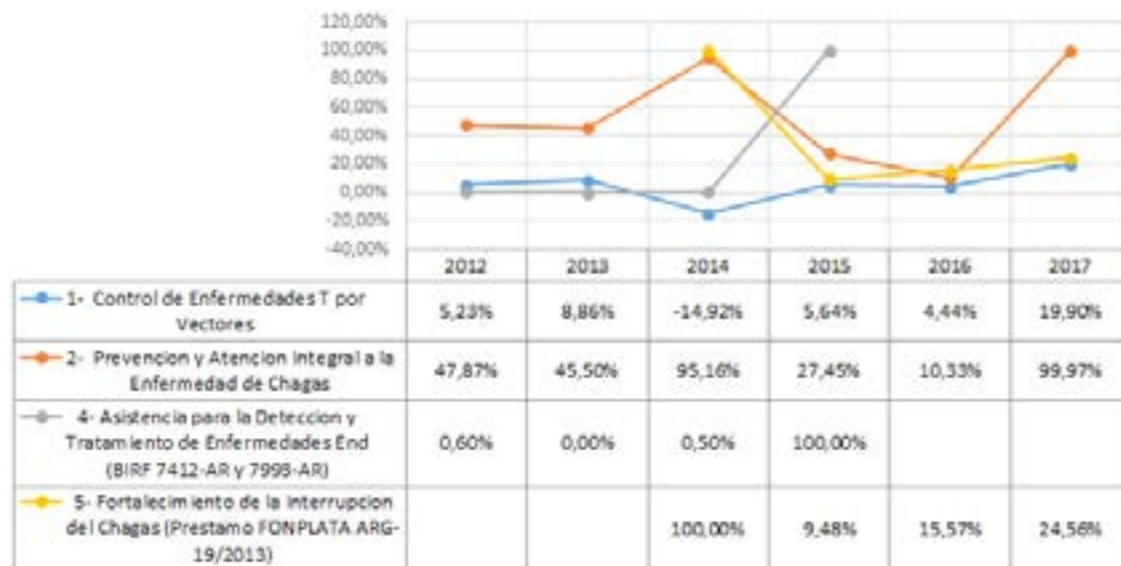


Los porcentajes disminuyen si esta cuenta se realiza sobre el presupuesto vigente porque éste suele ser menor al original. En ese caso, los niveles de sub-ejecución varían entre el 8 y el 19% entre 2012 y 2016, siendo mayor en 2017, que al 26 de diciembre arrojaba un 28,94%, el mayor nivel de sub-ejecución alcanzado sobre el presupuesto vigente en el periodo de tiempo analizado, como se observa en el siguiente gráfico.



Tomando los mismos datos desagregados por actividad, si bien los niveles de sub-ejecución del presupuesto vigente para cada actividad son muy disímiles, evidencian que en ningún caso se ejecutaron todos los recursos disponibles, mucho menos los asignados por el Congreso, como se observa en el siguiente gráfico. Salvo en 2014, el presupuesto vigente para la actividad 1 fue subejecutado todos los años, siendo el año 2017 en el cual el porcentaje fue considerablemente mayor, del 19,9%; la Actividad 2 presenta porcentajes oscilantes de sub-ejecución que encuentran sus mayores niveles en 2014 y 2017 siendo del 94,16% y del 99,97%, respectivamente. La Actividad 4 se ejecutó hasta 2014, siendo nula su ejecución en 2015 y desapareciendo directamente su asignación en los años siguientes.

En 2014 no se empleó el presupuesto vigente para la Actividad 5; empezó a ejecutarse en 2015, con un porcentaje elevado; presentando un 15,57% de sub-ejecución en 2016 y un 24,56% al 26 de diciembre de 2017.



El conjunto de la información analizada evidencia que las falencias antes referidas en la implementación de medidas tendientes a controlar la enfermedad en nuestro país, tienen su correlato en los vaivenes de la política presupuestaria y la falta de ejecución de los recursos destinados a ese fin a lo largo de los últimos años.

PRESUPUESTO 2018

El análisis de los documentos oficiales publicados por el Poder Ejecutivo Nacional sobre el proyecto de Ley de Presupuesto 2018, la ley finalmente aprobada por el Congreso con el número 27.431 -y sus planillas anexas-, indica que el Programa 37¹¹⁴ del Ministerio de Salud (Jurisdicción 80) incorpora una actividad nueva, cinco proyectos con asignación específica destinados a infraestructura en algunas provincias¹¹⁵, y cambia la numeración de las actividades 1, 2 y 5, quedando compuesto de la siguiente manera:

- (06) Promoción y Control de la Tenencia Responsable y la Sanidad de Perros y Gatos
- (41) Control de Enfermedades Transmisibles por Vectores y Zoonosis en General
- (42) Prevención y Atención Integral de la Enfermedad de Chagas
- (45) Fortalecimiento de la Interrupción de la Transmisión Vectorial del Chagas (Préstamo FONPLATA ARG-19/2013)

El total del presupuesto aprobado para el Programa 37 es de \$345.497.932, igual al estimado en el proyecto de presupuesto enviado por el Poder Ejecutivo al Congreso.

A su vez, se puede identificar el Programa 39 de Desarrollo de Estrategias en Salud Familiar y Comunitaria, que tiene como unidad ejecutora la Secretaría de Operaciones y Estrategias de Atención de la Salud, con algunas actividades vinculadas con Chagas pero no se encuentra suficientemente desagregada la información como para conocer cuánto presupuesto de este programa se destinará a esta enfermedad.

También se identifican actividades vinculadas con el Chagas dentro de dos subprogramas del Programa 56 de “Prevención, Control e Investigación de Patologías en Salud”. El Subprograma 03 de “Investigación, Desarrollo y Servicio en Enfermedades Parasitarias”, cuya unidad ejecutora es el Instituto Fatale Chabén, contempla entre otras actividades,

¹¹⁴ El Anexo de Fascículos por jurisdicción y entidad expresa que el Préstamo FONPLATA ARG 19/2013 se desarrolla en 10 provincias del área endémica (Catamarca, Chaco, Córdoba, Corrientes, Formosa, Mendoza, Salta, Santiago del Estero, San Juan y Tucumán).

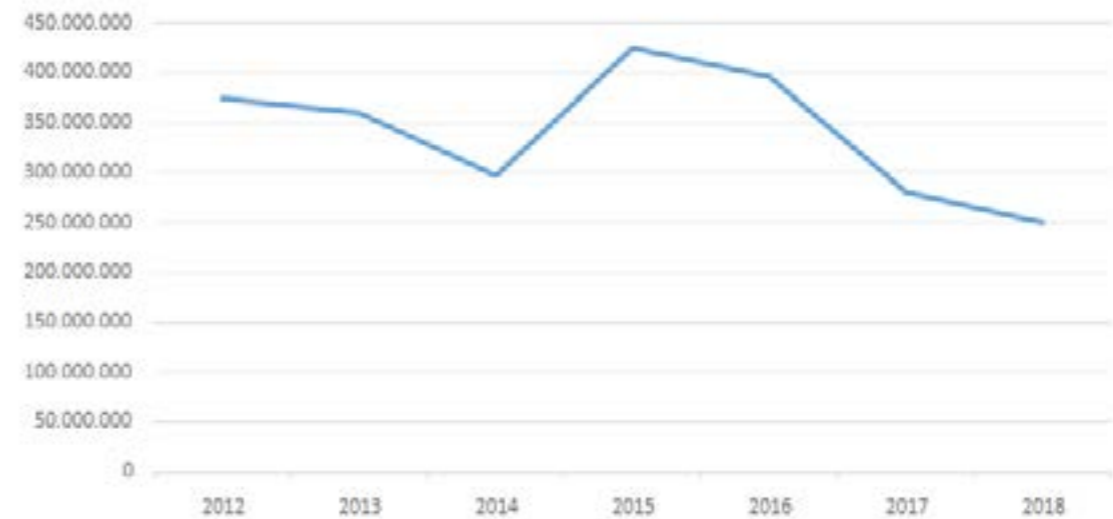
¹¹⁵ Los proyectos son:
 01 Construcción Edificio Base Nacional de Control de Vectores en Juan José Castelli - Provincia de Chaco - Préstamo FONPLATA ARG-19/2013
 02 Puesta en Valor Edificio Base de Control de Vectores - Provincia de Catamarca - Préstamos FONPLATA ARG-19/2013
 03 Puesta en Valor Edificio Base de Control de Vectores - Provincia de Corrientes - Préstamos FONPLATA ARG-19/2013
 04 Puesta en Valor Edificio Base de Control de Vectores - Provincia de Tucumán - Préstamos FONPLATA ARG-19/2013
 05 Puesta en Valor Edificio Base de Control de Vectores Punilla - Provincia de Córdoba - Préstamos FONPLATA ARG-19/2013

investigaciones para la identificación de blancos para la acción de nuevos agentes quimioterapéuticos para la enfermedad de Chagas y leishmaniasis. Menciona como desafío la búsqueda de alternativas al tratamiento de la cardiopatía en la enfermedad de Chagas. Controlar la calidad del tratamiento médico, el diagnóstico en los laboratorios nacionales y provinciales y de todos los reactivos e insumos de uso en el diagnóstico de ambas enfermedades. Mejorar las herramientas para la detección de la transmisión congénita del *Trypanosoma cruzi* en áreas urbanas y rurales. Todo el Subprograma 03 tiene una asignación presupuestaria de \$52.040.449 pero no es posible saber qué cantidad se destinará a Chagas porque también se aplica a otras enfermedades.

El Subprograma 10 de “Investigación, Desarrollo y Servicios en Endemo-Epidemias”, cuya unidad ejecutora es el Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación de Endemo-Epidemias, tiene como uno de sus objetivos evaluar la eficacia del Benznidazol en la prevención de la morbilidad de Chagas en pacientes con cardiopatías y en el tratamiento de la infección crónica con *Trypanosoma cruzi* en población infantil; evaluar la calidad de la atención de pacientes infectados con *T. cruzi* residentes en áreas endémicas; identificar determinantes (factores de riesgo) de pérdida de oportunidades para el diagnóstico y tratamiento etiológico de niños infectados; evaluar el diagnóstico temprano de la infección congénita con *T. cruzi* usando pruebas serológicas. Todo el Subprograma 10 tiene una asignación presupuestaria de \$12.307.427 pero tampoco es posible saber qué cantidad se destinará a Chagas.

Contemplando la información presupuestaria disponible de manera desagregada, con el fin de incluir todos los montos que reflejan el esfuerzo estatal para controlar y prevenir el Chagas, puede hacerse un análisis global de los presupuestos asignados a las diferentes actividades que conforman el Programa 37, actualizados teniendo en cuenta la inflación de los últimos años.

Plasmamos esta información en dos gráficos que incluyen los montos originales, aprobados por el Congreso.



El gráfico anterior contempla el presupuesto de todas las actividades del Programa 37 desde el año 2012 hasta 2018, sin incluir los proyectos con financiamiento específico para obras de infraestructura y en el siguiente gráfico incluimos dichos proyectos, que si bien en el largo plazo pueden tener un efecto positivo, es cuestionable su impacto en el corto plazo.

Este análisis refleja una disminución gradual de los montos asignados por el Congreso al Programa 37, que se profundiza con la asignación presupuestaria establecida en la Ley 27.431, de Presupuesto 2018.

Cabe aclarar que hasta 2016 el crédito es considerado en términos reales -ajustados a la inflación acumulada de ese año- y que para los años 2017 y 2018 el monto se toma en términos nominales. De este modo, la disminución del presupuesto original entre el año 2016 y 2017 sería del 2% y entre el año 2017 y 2018, representaría una reducción del 11%. Ahora bien, si consideramos la inflación acumulada al mes de septiembre de 2017, informada recientemente por el INDEC (17%), la disminución entre el presupuesto original 2017 y el proyectado para el año 2018 sería del 24%.

¿Por qué es tan grave la situación del Chagas en Argentina?



El Estado no implementa suficientes medidas de prevención y control. A pesar de haber planificado interrumpir la transmisión por vinchucas en todas las provincias para el año 2010, **todavía 11 provincias son consideradas de alto a moderado riesgo de transmisión.**

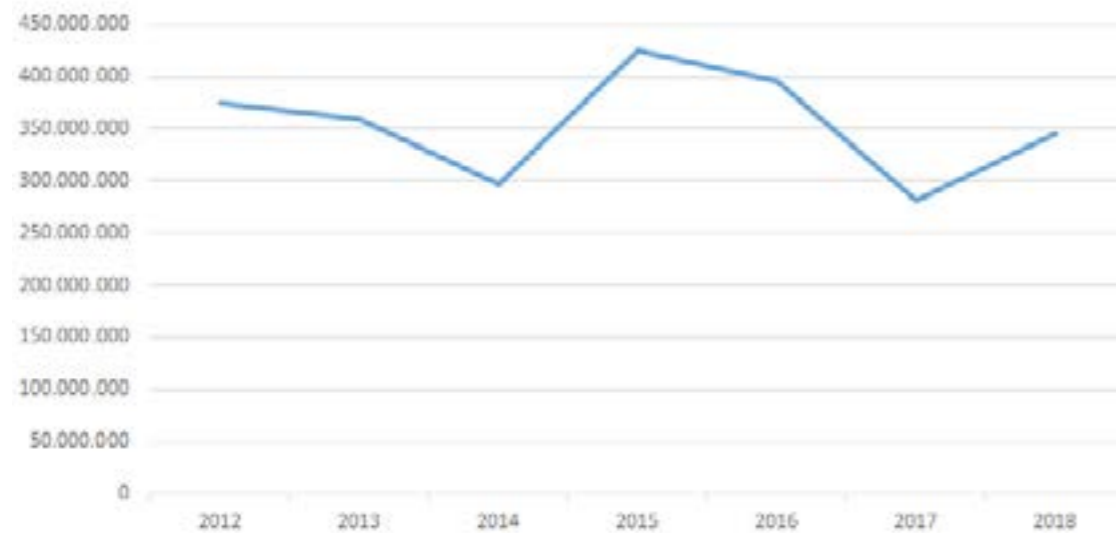
Todos los años, el Estado Nacional planifica actividades de diagnóstico para personas embarazadas y para niñas y niños, **pero no llega a implementarlas.** Lo mismo sucede con los tratamientos y las actividades rociado químico y vigilancia de viviendas rociadas.

Los recursos destinados a prevenir y controlar el Chagas tampoco se utilizan en su totalidad, son sub-ejecutados a pesar de ser una problemática que afecta a más de 1 millón y medio de personas en Argentina.

■ EJECUCIÓN ACUM. AL 4° TRIM. 2017 ■ NO EJECUTADO ■ % DE EJECUCIÓN

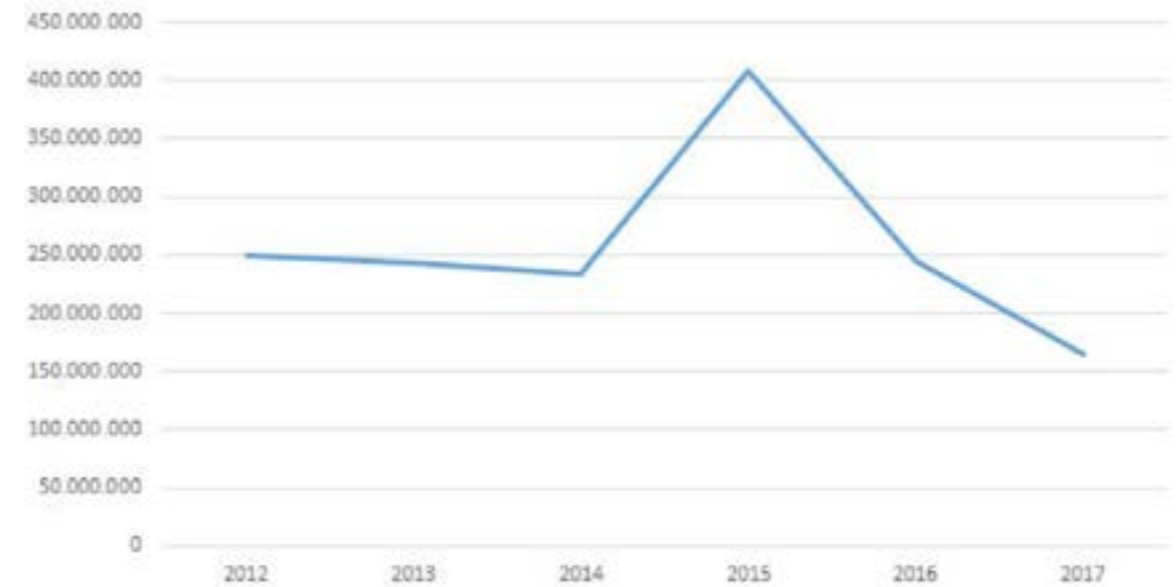


Si comparamos el presupuesto destinado en 2017 a publicidad oficial con el asignado a políticas para prevenir y controlar el Chagas, vemos una notable diferencia en las prioridades del gasto público, **el gasto en Chagas representa menos del 3 % del gasto en publicidad.**



Como se observa en el gráfico anterior, al incorporar al análisis la actividad “Promoción y Control de la Tenencia Responsable y la Sanidad de Perros y Gatos” -inexistente dentro del Programa 37 hasta 2017- y los proyectos con asignación específica para infraestructura de edificios dedicados al control de vectores -todos con financiamiento externo-, el presupuesto para el ejercicio 2018 vería un incremento del 23% en términos nominales en relación al 2017. Pero si consideramos la inflación de 2017 antes mencionada, el aumento sería de un 5%, habiendo incorporado 6 actividades nuevas al programa.

Por último, es importante contemplar las variaciones en los montos ejecutados a lo largo de los años porque si analizamos el presupuesto devengado del Programa en forma global, ajustado a valores inflacionarios del año 2016, se observa una caída sostenida, a excepción de la ejecución del año 2015¹¹⁶.



CONCLUSIONES

La información disponible sobre los esfuerzos que realiza el Estado para controlar y prevenir la enfermedad de Chagas y las variaciones en la implementación de dichas acciones a lo largo del tiempo, evidencian que los aspectos presupuestarios, programáticos e institucionales no han sido suficientes para dar cumplimiento cabal a las disposiciones de la Ley Nacional de Chagas, que asigna carácter prioritario a la prevención y al control de todas las formas de transmisión de la enfermedad en Argentina, así como tampoco a la Ley Nacional de Pesquisa Neonatal.

Tratándose de una enfermedad que, por sus características específicas y las de la población a la que afecta en mayor medida, ha sido caracterizada como desatendida, invisibilizada y silenciosa; es necesario priorizar una correcta implementación de las regulaciones que llevan 10 años sin reglamentar.

Para alcanzar el control del Chagas se requiere asegurar recursos adecuados a ese fin, optimizar el funcionamiento del sistema de información, mejorar la ejecución técnica y presupuestaria de los programas existentes e implementar uno destinado al mejoramiento de las viviendas y las

¹¹⁶ Los montos empleados no contemplan la inflación del año 2017 por tratarse de un ejercicio en curso. De este modo, el monto para este año es considerado de forma nominal. Los montos se ajustarán una vez finalizado el ejercicio actual, empleando la inflación acumulada al año 2017.

condiciones habitacionales de la población en situación de riesgo, garantizando la integración de la persona portadora crónica con y sin síntomas, en un programa que garantice el diagnóstico anual de su condición, el tratamiento oportuno de la sintomatología y la protección de su derecho al trabajo digno y asalariado, garantizando sus libertades y su oportunidad de desarrollo humano y social. Llevar adelante soluciones integrales basadas en la asistencia al hábitat y la vivienda, en la prevención, la comunicación, el autocuidado y la promoción de la salud.

Es fundamental una adecuada articulación entre los diferentes niveles de atención de las provincias y la Nación¹¹⁷; atender de manera integral las diversas dimensiones relacionadas con la problemática e impulsar políticas efectivas de concientización, educación y capacitación de operadores/as de la salud, la educación y la sociedad en general¹¹⁸.

117 El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a pedido al Estado argentino presentar información sobre los servicios preventivos destinados a controlar la propagación de Chagas, especialmente en las provincias y las comunidades consideradas de alto riesgo. Párrafo 23 del Listado de Cuestiones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 19 de octubre de 2017, apartado "Derecho a la salud física y mental (artículo 12)". Disponible en: http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2fARG%2fQ%2f4&Lang=en

118 Diferentes personas expertas en Chagas, consultadas por el diario Clarín, han coincidido en la necesidad de concertar "más esfuerzos del Estado para prevenir los contagios por picaduras de vinchucas -principal vía de transmisión- con más educación, fumigaciones y mejoras en las viviendas. Advierten también que, aunque el Chagas suele asociarse sólo a las provincias donde está presente el insecto, las migraciones hicieron que hoy la mitad de los infectados estén en Buenos Aires." Disponible en: https://www.clarin.com/sociedad/fracaso-sanitario-nace-bebe-chagas-horas_O_Hkmsfz4s-.html

