



FLACSO
ARGENTINA

**Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
(FLACSO) - Sede Argentina**

**Tesis para optar al grado de Magíster en
Estudios Sociales Agrarios**

**La hidatidosis/equinococosis quística como
objeto de política pública:
hacia un análisis de la población destinataria y del proceso
de implementación del Programa de Control de la
Hidatidosis en la zona Andina de Río Negro**

Tesista

Med. Vet. Gabriela Vazquez (1)

Directora:

Dra. Soledad Pérez (2)

San Carlos de Bariloche. Río Negro

Octubre 2024

(1) Hospital Zonal Bariloche “Dr Ramón Carrillo”. Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. San Carlos de Bariloche, Río Negro

(2) Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio (IIDYPCA). Centro Científico Tecnológico (CCT) Patagonia Norte. CONICET San Carlos de Bariloche, Río Negro

RESUMEN

Desde la década del 80, en la provincia de Río Negro han existido distintas iniciativas gubernamentales para hacer frente a la hidatidosis/equinocosis quística, centradas en la dimensión biológica y animal de la enfermedad, fundamentalmente buscando desestabilizar el ciclo del parásito. No obstante ello, aún persisten casos. En este marco, la tesis se ocupa del análisis de la hidatidosis como objeto de políticas públicas centrándose en las personas, tanto en quienes se han enfermado como en quienes han implementado el programa de control. Por un lado, se analiza la relación entre distintas condiciones de vulnerabilidad de las personas y la presencia de la enfermedad a partir de registros hospitalarios y datos censales, y por otro, se analiza el modo en que se ha implementado el programa provincial de prevención y control, a partir de las percepciones de las y los trabajadoras/es que han tenido y tienen la tarea de implementar estas políticas sanitarias en terreno.

Palabras claves: hidatidosis-desigualdades territoriales-ciclo de política pública-Río Negro

Dedicatorias y agradecimientos

A cada persona que conformó y conforma mi red afectiva y son parte del camino para “llegar hasta acá”.

A mi familia humana y no humana: Fer, Bermejo, Tamal, Margay y Estepa. Y a la familia elegida.

A Sole, Vero y Gustavo por ser guías de este proceso y compañeras y compañero de los caminos en la educación, el trabajo y los parásitos.

A la educación pública.

*“entonces uno empieza a entender otras realidades,
que no es solamente un parásito adentro de un quiste.*

Hay un mundo que rodea al quiste”

(Juan Carlos Salvitti)

ÍNDICE GENERAL

Resumen	2
Dedicatoria y agradecimientos	3
Índice general	4
Índice de tablas, figuras y fotos	6
INTRODUCCION	8
CAPITULO I: El contexto de la hidatidosis: territorio, sistema de salud y escenario epidemiológico	12
La Patagonia y Río Negro	12
Sistema de salud de Argentina y Río Negro	13
Pobreza y parásitos	14
La hidatidosis	16
CAPITULO II: Estrategia metodológica: lo cualitativo y lo cuantitativo en el abordaje de la hidatidosis	18
Objetivo general y específicos de la investigación	18
Diseño y estrategia metodológica	18
Etapa cuantitativa	20
Aspectos estadísticos	21
Etapa cualitativa	22
Aspectos éticos	23
CAPITULO III: Marco conceptual	24
Implementación	25
Conceptos para el análisis en el ámbito rural	27
Los estilos de vida y el modo de vida	29
CAPITULO IV: Antecedentes de la política sanitaria y de control de la hidatidosis	31
Antecedentes de la política de control	31
Política sanitaria rionegrina	32
Programa de Control de Hidatidosis de Río Negro	35
CAPITULO V: Caracterizando a las y los destinatarios del Programa desde el sistema de salud	40
1. Información demográfica y epidemiológica	42
2. Información sanitaria: características de la atención y de la presentación de la enfermedad	47
CAPITULO VI: El territorio de la hidatidosis y sus desigualdades	51

1. Indicadores sociodemográficos	51
2. Datos de población	52
3. Datos de hogares	57
CAPITULO VII: La implementación del Programa de las y los trabajadoras/es de la salud	69
Las y los integrantes de los equipos de salud y la implementación del programa	69
Los contextos de la enfermedad	74
La percepción de la hidatidosis como problema	77
El uso de las tecnologías y acciones de cuidado en la etapa de implementación	78
Actualidad y perspectivas del Programa	80
CONSIDERACIONES FINALES	82
BIBLIOGRAFIA	86
FUENTES PRIMARIAS DOCUMENTALES	94
GLOSARIO DE SIGLAS	98
ANEXOS	99
Anexo 1: Definiciones de INDEC	99
Anexo 2: Guión de entrevistas	101
Anexo 3: Protocolo de consentimiento informado para entrevistas	103
Anexo 4: Personas entrevistadas	105

ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y FOTOS

Figura 1: Mapa de Río Negro y área de estudio	19
Foto A: Espacio con características urbanas, típico de las ciudades cordilleranas de Río Negro	40
Foto B: Espacio con características urbanas y presencia de perros, típico de ciudades cordilleranas de Río Negro	41
Foto C: Espacio con características rurales típico de la población dispersa	41
Foto D: Espacio con características rurales típico de micropueblo o paraje	42
Figura 2: Casos diagnosticados de hidatidosis por año según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.	42
Figura 3 Espacio que habitaban al diagnóstico las personas con hidatidosis, según año de diagnóstico. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro	43
Figura 4: Grupos etarios de las personas con diagnóstico de hidatidosis según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.	44
Figura 5: Mapa de distribución de casos de hidatidosis en el Área Andina de la Provincia de Río Negro. 2011-2021. Área Andina.	45
Figura 6: Localidad de residencia al momento del diagnóstico de hidatidosis. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro	46
Figura 7: Espacio que habitan las personas con diagnóstico de hidatidosis según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro	47
Tabla 1: Distribución de casos de hidatidosis según Departamento, Hospital, Nivel de complejidad. 2011 a 2021	47
Figura 8: Espacio que habitaban al diagnóstico las personas con hidatidosis, según grupos etarios. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro	49
Tabla 2: Distribución de casos de hidatidosis y radio censal según NBI y espacio que habitan. Casos de hidatidosis Zona Andina R.N. 2011-2021	52
Figura 9: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.	53
Figura 10: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI en la ciudad de SC Bariloche. 2011 a 2021.Región Andina de Río Negro.	54
Figura 11: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI en la ciudad de El Bolsón. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.	54
Tabla 3: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según género de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.	55
Tabla 4: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según grupo etario de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.	55
Tabla 5: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según nivel de educación de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	56

Tabla 6: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según el uso de PC de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.	57
Tabla 7: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según presencia de pisos que se limpian fácilmente de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	57
Tabla 8: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la ubicación de la canilla en la vivienda de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.	58
Tabla 9: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad del agua para beber de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	58
Tabla 10: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la presencia de inodoro con descarga de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	59
Tabla 11: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad de los efluentes de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	59
Tabla 12: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según el combustible para cocinar de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	60
Tabla 13: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad de la vivienda de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis	60
Tabla 14 Resultado del Modelo Lineal Generalizado respecto del azar medido con test de Omnibus.	61
Tabla 15: Modelo lineal generalizado para la cantidad de casos por radio censal en función de datos sociodemográficos	62
Tabla 15 Cont: Modelo lineal generalizado para la cantidad de casos por radio censal en función de datos sociodemográficos	63
Tabla 16 Pruebas de igualdad de las medias de los grupos	64
Tabla 17 Resumen de las funciones canónicas discriminantes Autovalores	64
Tabla 18 Lambda de Wilks para establecer medias multivariantes son diferentes	64
Tabla 19 Matriz de estructura	65
Tabla 20 Coeficientes de la función de clasificación	65
Tabla 21 Resultados de la clasificación	66
Figura 12: Distribución de los radios censales (RC) por clusters	66
Tabla 22: Caracterización en clusters según las variables socioeconómicas de las personas con diagnóstico de hidatidosis. 2011-2021. Región Andina de RN	67

INTRODUCCION

En el año 2003 ingresé al sistema de residencias de formación en salud que brinda la provincia de Río Negro y a partir del 2006 me sumé a trabajar al sistema de salud provincial donde continúo hasta la fecha desempeñándome en el Hospital Zonal Bariloche “Dr Ramón Carrillo” en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

Desde el inicio comencé a trabajar en la aplicación del Programa Provincial de Control de la hidatidosis, gestado hacia finales de la década de 1970 como consecuencia del gran impacto que tenía la enfermedad en la población rural y en la ganadería ovina de la región. Se trata de un Programa que ha sido modelo a nivel mundial, pero que a pesar de la gran asignación de recursos, continúa sin erradicar la enfermedad en la zona.

La hidatidosis es una enfermedad endémica en la Argentina que constituye un complejo problema de salud pública, es causada por un parásito de la clase Cestoda dentro del filo Platyhelminthes denominado *Echinococcus granulosus* (Apt-Baruch, 2013). Es categorizada como una zoonosis, es decir, transmisible entre el ser humano y los animales y se engloba dentro de las enfermedades olvidadas o desatendidas, definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el conjunto de enfermedades que afectan a las poblaciones más pobres, residentes en zonas rurales, barrios suburbanos marginales o zonas de conflicto, principalmente de América Latina, África y Asia y que causan grandes pérdidas en términos de mortalidad y morbilidad (Guarnera, 2013). Se reconocen nueve especies que desde el punto de vista etiológico, clínico, patológico y epidemiológico producen tres grupos de enfermedades: la equinococosis alveolar (EA), la equinococosis neotropical (EN) y la equinococosis quística (EQ), siendo esta última la presente en el territorio que analizará la tesis. La diversidad de presentaciones que toma la enfermedad y su gran distribución geográfica dio lugar al uso de numerosos términos para designar tanto las formas parasitarias como las presentaciones y cuadros clínicos, tales como hidatidosis, enfermedad hidatídica, quiste hidatídico o equinococosis cística, es por esto que en el ámbito académico-científico-biomédico debe utilizarse el término correspondiente al grupo de enfermedad según la especie parasitaria (Naidich et al., 2024). En este trabajo usaremos el término hidatidosis para referirnos a la EQ en virtud de que es el término que utiliza tanto la población como los equipos de salud de la Patagonia, cuyas trayectorias están atravesadas por la implementación de distintos programas de prevención y atención de la hidatidosis, valorando los saberes compartidos en la región (Naidich et al., 2024).

Con el transcurso de esos primeros años de formación y trabajo empecé a darme cuenta que algunos aspectos vinculados con las personas y sus entornos quedaban, y aún quedan, por fuera del programa, y que la simple triada aprendida: personas, animales y ambiente tenía otros componentes, relaciones y sentidos que no eran identificados o comprendidos. La construcción hegemónica de los procesos de salud-enfermedad, el abordaje biológico y las herramientas basadas en cierta concepción científica y tecnológica parecían insuficientes para evitar nuevas personas enfermas.

En este contexto, en Río Negro parecía que no ha sido una enfermedad ni tan olvidada como para desaparecer de las agendas de las políticas sanitarias, ni tan recordada como para cortar definitivamente su ciclo de reproducción.

Asumiendo que las enfermedades olvidadas deben analizarse desde las tensiones que se han expresado como consecuencia de un condicionamiento entre las diferentes dimensiones técnicas, biológicas, de conocimiento, profesionales y políticas dentro de la historia de la enfermedad (Zabala, 2012), en el desarrollo de la tesis, pretendo

profundizar en la manera en que la enfermedad se constituyó en objeto de políticas públicas, con la consiguiente aplicación de planes de intervención. Para ello, me propongo desandar (o desenredar) el Programa de Control de la Hidatidosis que se ejecuta en la Provincia de Río Negro desde la década del '80 desde el enfoque que concibe a la política pública como un ciclo que, con fines analíticos, puede ser estructurado en etapas a partir de las cuales emergen aspectos, actores, problemas y tensiones que requieren ser identificados y analizados (Aguilar Villanueva, 1993).

Las preguntas iniciales que orientaron este proceso de investigación fueron: ¿Cómo se construyó la política pública de hidatidosis? ¿Quiénes son/fueron sus destinatarias/os? ¿Qué aspectos habrán sido ignorados en estas definiciones para que aún sigan existiendo casos?; ¿Qué características tienen las personas que se enferman de hidatidosis?; ¿Para quiénes están dirigidas las acciones que propone el Programa Provincial de Control?; ¿Quiénes quedan invisibilizados?; ¿Son suficientes esas acciones?; ¿Son las adecuadas para las personas en riesgo de enfermar?; ¿Qué características del diseño y del proceso de implementación del programa pueden estar influyendo en la continuidad de los casos?; ¿Qué influencia ejercen, si es que la hubiera, los agentes que implementan el programa en la persistencia de casos?

Como adelantamos previamente, si bien esta provincia ha sido pionera en los programas de control de la hidatidosis y ha logrado la disminución de los casos a lo largo de más de 40 años, la bibliografía sobre la enfermedad se ha centrado en la implementación del programa de prevención y control que busca desestabilizar el ciclo del parásito. A pesar de la relación de la hidatidosis con una actividad productiva que se sostiene a través de pautas socioculturales muy arraigadas, de los contextos y las particularidades de las personas expuestas, los antecedentes de evaluación de los programas responden a abordajes científicos con enfoques biológicos y biomédicos como el ciclo del parásito, sus características genéticas e inmunológicas, las tasas de prevalencia, incidencia, morbi-mortalidad o la eficacia de las medidas implementadas, existiendo un área de vacancia respecto de la relación entre vulnerabilidades de las personas y persistencia de la enfermedad (Larrieu et al., 2000 B; 2014; Dopchiz et al., 2002; Pérez et al., 2006; Moro et al., 2008).

En función de este vacío y de la ausencia también de estudios que hayan profundizado en el abordaje del modo en que se ha implementado el programa en diferentes contextos, la tesis pone el foco en las personas destinatarias de la política y en el proceso de implementación del programa. En particular, se busca identificar a los y las destinatarios del programa, al tiempo que caracterizar a las personas que se han enfermado de hidatidosis en la IV Zona Sanitaria, prestando especial atención a sus condiciones de vida, para analizar posteriormente de qué modo el programa las contempla (o no) como destinatarias de la política. Finalmente se indaga acerca del modo en que el programa ha sido implementado por distintos agentes y mediante diversas prácticas en terreno, principalmente en el área rural.

En esta línea, el trabajo pretende aportar al análisis de la hidatidosis como objeto de política pública en los Departamentos de Ñorquinco, Pilcaniyeu y Bariloche de la provincia de Río Negro. Asimismo, se propone describir y analizar el Programa Provincial desde sus inicios hasta la actualidad, depositando la mirada en dos instancias del ciclo de la política pública: la etapa de diseño y el proceso de implementación.

La tesis se estructura en 7 capítulos organizados en dos partes. La primera, organizada del capítulo 1 al 4 que busca introducir en el problema de investigación y contextualizarlo, presentar las estrategias metodológicas, el marco conceptual utilizado,

así como antecedentes generales de la política de hidatidosis y la segunda parte, del capítulo 5 al 7, se orienta a caracterizar y analizar a los destinatarios de dichas políticas y a las personas que transitan con la enfermedad. Finalmente se profundiza en el análisis de la etapa de implementación del programa recuperando las voces y experiencias de los y las trabajadores que han participado con distinto nivel de responsabilidad en la Política Pública (PP) de control.

En el primer capítulo describiremos brevemente la zona patagónica para poder entender cómo la presencia, persistencia y diseminación de parásitos se relacionan en forma directa con las características geográficas y ecológicas específicas del lugar, pero también con las personas y los contextos donde viven. Luego se describe brevemente el sistema de salud nacional y provincial para presentar posteriormente algunos antecedentes sobre las parasitosis y su relación con la pobreza entendida como uno de los factores determinantes y más críticos que impacta en la salud de los individuos y de las poblaciones. Por último, abordaremos específicamente a la hidatidosis a los fines de conocer la enfermedad, su ciclo y los factores que directa o indirectamente influyen en su persistencia.

El segundo capítulo describe el proceso de investigación y el diseño metodológico implementado para el análisis de la caracterización socioeconómica, demográfica y sanitaria de los destinatarios de la política que constituye el objeto de estudio en la zona Andina de Río Negro y la relación entre la política de control provincial y su implementación. Se combinan y complementan los métodos cuantitativo y cualitativo, con el fin de enriquecer el análisis y capturar la complejidad de los fenómenos que nos ocupan.

El tercer capítulo aborda los marcos conceptuales que involucran la relación entre personas, animales, ambiente y políticas públicas de control/prevenición, y convierten a la hidatidosis en un objeto de indagación cuyo abordaje compete a distintas disciplinas biomédicas y sociales, explorando algunas de las discusiones en torno a ellas.

El cuarto capítulo realiza un breve recorrido por algunos hitos históricos que resultaron relevantes para posicionar a la hidatidosis como una enfermedad reconocida como un problema de salud y su priorización en las agendas sanitarias en diferentes partes del mundo, hasta el Programa de Control de la provincia de Río Negro. Se abordan las políticas sanitarias generales y las políticas provinciales específicamente para poner en los contextos políticos-administrativos-gubernamentales de los diferentes momentos en que transcurre la PP.

En particular, en el capítulo 5, se presentan y analizan las características demográficas y sanitarias de las personas que se enfermaron entre los años 2011 y 2021, utilizando la información brindada por el sistema de salud provincial y analizando en pequeñas unidades los lugares donde residen las personas.

Por su parte, el capítulo 6 utiliza la misma información sobre las personas, pero las caracteriza indirectamente desde sus aspectos socioeconómicos. Para esto hacemos uso de la información del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2010, utilizando los datos de los radios censales generados para realizar el censo y continuamos con la misma unidad de análisis para lugar de residencia.

En el capítulo 7, se aborda el proceso de implementación del programa de control de hidatidosis, a partir de las percepciones de las y los trabajadoras/es y gestoras/es de la salud pública de la provincia que han desempeñado distintitos roles vinculados al mismo a lo largo del tiempo.

Por último, se presentan conclusiones, en las que se retoman aspectos relevantes del camino recorrido a lo largo del trabajo de tesis, con la expectativa de que puedan contribuir al proceso de evaluación y eventual reformulación de la política de control de la hidatidosis en Río Negro.

CAPITULO I: El contexto de la hidatidosis: territorio, sistema de salud y escenario epidemiológico.

Esta investigación se propone el análisis de la hidatidosis como objeto de política pública en la Zona Andina Río Negro. A continuación, describiremos brevemente la zona Patagónica, entendiendo que la presencia, persistencia y diseminación de parásitos se relacionan en forma directa con las características geográficas y ecológicas específicas del lugar, pero también con los contextos donde viven las personas. Luego se describe brevemente el sistema de salud nacional y provincial para presentar algunos antecedentes sobre las parasitosis y su relación con la pobreza, entendiendo que es uno de los factores determinantes y más críticos que impacta en la salud de los individuos y de las poblaciones que, al no poder acceder a una asistencia sanitaria de calidad, a una buena vivienda, a condiciones de saneamiento básico y/o a alimentos seguros, aumentan la vulnerabilidad a las enfermedades, y en particular a las parasitosis. Por último, abordaremos específicamente a la hidatidosis a los fines de conocer la enfermedad, su ciclo y los factores que directa o indirectamente influyen en su persistencia.

La Patagonia y Río Negro

La Patagonia corresponde a la Región sur del país e integra las provincias de Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego. Existe una clasificación económica productiva que integra a la región a la provincia de La Pampa, pero para esta tesis, consideramos la conformación al sur del río Colorado tal como Larrañaga (2022) lo detalla debido a los procesos históricos, geográficos, económicos, productivos y sociales que permiten conformar una única región.

La Patagonia surge como territorio a partir de 1880 cuando la República Argentina se integra a un proceso de consolidación del modelo agroexportador, tras un proceso que utilizó medios coercitivos, físicos y legales para concretar el dominio y afianzamiento de la soberanía (Bandieri, 2006). La redefinición espacial sobre las tierras conquistadas se materializó en la creación de entidades jurídicas y administrativas llamadas territorios nacionales. Los territorios así ganados, fueron incorporados como parte del patrimonio público al Estado que acumuló derechos de títulos sobre tierras fiscales para transferirlas a propietarios particulares siguiendo un modelo de expansión territorial con bajo poblamiento que caracterizó la ocupación de los territorios patagónicos (Bandieri, 2000). La explotación ganadera extensiva, con predominancia ovina, fue entonces la actividad del proceso de poblamiento y apropiación inicial de la tierra en la mayor parte de los territorios patagónicos, hecho que le confirió al conjunto espacial las características que mantiene hasta hoy: grandes espacios distribuidos entre pocos establecimientos ganaderos vacíos de población y escasos valles irrigables más densamente poblados, destinados a la agricultura intensiva (Coronato, 2010).

Río Negro es una de las provincias que conforman la Región de la Patagonia, y se afianza como tal recién en 1957. Sus fronteras naturales son: al norte el río Colorado; al este el mar argentino, al oeste la cordillera de los Andes y el río Limay y al sur el paralelo 42°. Limita al norte con la provincia de La Pampa; al este con la provincia de Buenos Aires y el Mar Argentino; al sur con la provincia de Chubut; y al oeste con la provincia de Neuquén y la República de Chile. Posee una superficie de 203.013 km² dividida en 13 departamentos y organizada en zonas según sus características geográficas, productivas y económicas: Zona de los Valles, Zona Atlántica, Zona de la

Estepa y Zona Andina. Posee 638.645 habitantes con una densidad de 3,1 hab/km² (INDEC, 2021).

Para el presente trabajo la mirada se centra en los departamentos de Bariloche, Ñorquinco y Pilcaniyeu que integran la zona andina y parte de la estepa, con una importante producción ovina y un predominio de población con características rurales. Este recorte se realiza en base a la población definida para llevar adelante el presente trabajo.

En la provincia de Río Negro, la distribución geográfica de la producción ovina, es coincidente con la corriente que ingresó desde Punta Arenas y con los departamentos que presentan los mayores registros de personas enfermas de hidatidosis y donde se aplica el Programa de control Provincial: departamentos: Ñorquinco, Pilcaniyeu, 25 de Mayo, 9 de Julio, Valcheta y parte de Bariloche, conocida como la región de la “Línea Sur”. En esta región la actividad ovina se considera sostenible con más de 5.000 cabezas, pero para el caso de pequeñas estancias puede resultar sostenible con una cantidad menor a los 2.000 animales y para las familias campesinas o los pequeños productores ovinos menos de 500 animales (Bondel et al, 2018). Según Michel y Easdale (2023), la producción se encuentra en su mayoría en manos de productores familiares y establecimientos agropecuarios de gran tamaño, con un total de 2.761 establecimientos con producción ovina de los cuales el 82% posee menos de 500 cabezas y su participación es del 29% sobre el total de las existencias provinciales. Por sus características económicas es el área más deprimida y marginal de la provincia. Se caracteriza por la pérdida de la población rural dispersa con un incremento en la población de la mayoría de los pueblos rurales y parajes que componen la región. La baja rentabilidad de las pequeñas explotaciones ganaderas, las precarias condiciones de trabajo y de vida, y la ausencia de servicios que caracterizan la zona son condiciones favorables para la migración de la población del campo a localidades y parajes más cercanos. La mayoría de los/as jefes y jefas de hogares nacieron en parajes y campos próximos, con vinculación a la ganadería extensiva ya sea como peones, puesteros de estancias o pequeños productores fiscales. La razón más frecuente del desplazamiento, sea del productor solo o con su familia, hacia las localidades y/o parajes es debido a la educación de los hijos y a la asistencia en salud. En este sentido, es común que la esposa y los hijos se instalen de manera definitiva en el pueblo rural y que el jefe de hogar se traslade para trabajar en el campo, produciendo movimientos urbano-rurales de tipo transitorio para la realización de trabajos temporarios, acompañando el ritmo de las actividades rurales. (Vazquez, 2019; Bendini y Steimbregger, 2011; Coronato, 2010).

Sistema de Salud de Argentina y Río Negro

El sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social (mediante las obras sociales) y la medicina privada. Es un sistema que se encuentra sumamente fragmentado, sin integración entre los distintos subsectores ni al interior de cada uno.

La provincia de Río Negro es la responsable de la gestión y administración sanitaria, y al igual que en el resto de la Argentina, posee los tres subsistemas de salud: público, obras sociales y prepagas/privado. En distintas localidades rionegrinas existen efectores de salud privados (clínicas, sanatorios, consultorios privados, laboratorios de análisis

clínicos) que prestan atención a la población con obra social o prepaga. Para el censo del 2010, el 64% de los habitantes contaba con una cobertura de salud, siendo la obra social la mayoritaria con el 46%; la prepaga con el 16% y el 2% a través de programas y planes estatales de salud. El 36% no contaba con ninguna cobertura de salud y accedía exclusivamente en los servicios públicos sanitarios. Según Pérez y Perner (2018), estos valores eran similares a nivel nacional.

El subsector público es el de mayor extensión territorial y el que garantiza la cobertura sanitaria. Comprende un Nivel Central ubicado en Viedma a través del Ministerio de Salud que cumple un rol normativo y de conducción general; las Zonas Sanitarias que constituyen un nivel de regionalización intermedia que integran y coordinan un conjunto de áreas programáticas relacionadas geográficamente con el fin de optimizar recursos, atención y resultados; y una red de establecimientos prestadores de servicios (hospitales y centros de salud) categorizados por niveles de complejidad creciente que van del I al VI, definida en base a el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de una institución y el grado de desarrollo tecnológico alcanzado por el mismo. El territorio de toda la provincia se divide en 6 Zonas Sanitarias con 35 Hospitales y 214 centros de salud (Pérez y Perner, 2018).

Para comprender la organización del sistema sanitario en un territorio con amplio predominio de ruralidad con hospitales de baja complejidad, centros de salud y postas requiere de la aplicación de tecnologías acordes a esa complejidad. Así, Merhy et al. (2006), describe el maletín tecnológico del que disponen los trabajadores de la salud para la realización de las tareas. Ese maletín está compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías duras, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, normas y estructuras organizacionales; las tecnologías blanda-duras, que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías blandas, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten a las/os trabajadoras/es escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos y cuidar de las/os usuarias/os. Esta última, según el mismo autor, es una tecnología indispensable para poner en juego las otras, posibilitando al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto.

Pobreza y parásitos

Aspectos socioeconómicos como el tipo de actividad productiva, las costumbres de las comunidades, los hábitos alimentarios, de tenencia y la defecación de las mascotas juegan un papel preponderante en la transmisión de las enfermedades (Rosa y Ribichic, 2011). Las parasitosis intestinales por helmintos y protozoarios afectan a más de mil millones de personas en el mundo y son consideradas, por la OMS, como una de las principales causas de morbilidad estrechamente ligada a la pobreza (Juárez y Rajal, 2013).

La pobreza es uno de los factores determinantes y más críticos que impacta en la salud de los individuos y de las poblaciones que al no poder acceder a una asistencia sanitaria de calidad, a una buena vivienda y/o a alimentos seguros, aumenta la vulnerabilidad a las enfermedades, y en particular a las parasitosis (Gamboa et al., 2010).

En múltiples publicaciones se nombran palabras como “educación sanitaria”, “analfabetismo”, “hacinamiento”, “condiciones de las viviendas”, “pobreza”, vinculadas con las parasitosis urbanas (Botero, 1998, Solano et al., 2008, Gamboa et al., 2010; Semenas et al., 2014) y son estos términos los que llevan a problematizar las parasitosis

y su relación con la pobreza. Por ejemplo, en diversas áreas urbanas del país se han registrado elevados porcentajes de parasitosis intestinales en niños residentes en barrios carenciados, con una marcada asociación entre geohelminths, desnutrición crónica y condiciones socioeconómicas adversas (Gamboa et al., 2010; 2011; Zonta et al., 2011). En cuanto al nivel de educación de padres de niños con parasitosis, se ha registrado que el 40% de los padres y de las madres tienen sólo estudios primarios. Respecto del trabajo, la ocupación más frecuente fue el trabajo informal, en el caso del padre (40%) y desempleada (40,2%), en el de las madres (Zonta et al., 2011).

La presencia, persistencia y diseminación de parásitos se relacionan en forma directa con las características geográficas y ecológicas específicas del lugar, las condiciones de saneamiento básico disponibles, así como con los factores socioeconómicos y culturales (Solano et al., 2008). La mala higiene personal y la ausencia de conocimientos sobre transmisión y prevención de las enfermedades parasitarias son factores favorables a la presencia de éstas (Botero, 1998).

Varios trabajos refieren a una asociación entre la frecuencia de parasitosis y el tipo de alimentación, las viviendas precarias con piso de tierra, el hacinamiento, el uso de letrinas y el agua de fuentes no potables. Esto sugiere que los parásitos podrían utilizarse como indicadores de las condiciones socioambientales de las personas (Gamboa et al., 2009; 2010; 2011).

Además, las plazas, los paseos públicos y veredas contaminados con heces de perros constituyen las áreas de transmisión de zoonosis en las ciudades lo que acarrea un grave problema en la salud pública, especialmente en niños menores de cinco años debido a sus hábitos de juego y de geofagia (Altcheh et al., 2007). En la ciudad de Paraná se relacionó la presencia de parásitos zoonóticos caninos y el Nivel Socioeconómico (NSE) como indicador de la pobreza en los barrios de donde se obtuvieron muestras (Orduna et al., 1999). En el ejido de San Carlos de Bariloche se realizó un trabajo que describe una asociación entre la presencia de parásitos en heces caninas y el nivel de educación y la cantidad de perros sueltos en los barrios (Vazquez y Flores, 2019; Flores et al., 2022). Para la misma ciudad se sugiere que la mayor riqueza de especies parásitas en perros de barrios con elevadas necesidades básicas insatisfechas (NBI) podría deberse a prácticas como la alimentación de los perros con vísceras crudas o inadecuada disposición de las mismas (Semenas et al., 2014). Por otro lado, en un estudio sobre población canina y tenencia responsable realizado en barrios de la ciudad de Bariloche se encontró una relación entre el número de perros por vivienda y el nivel socioeconómico siendo la relación de 1.6 perros por vivienda en los barrios con mayores ingresos y de 3.8 en los de menores ingreso (Garibotti et al., 2021). Se observó además que el 96,4% de los encuestados sabe que los perros transmiten enfermedades, pero sólo el 50% conoce alguna zoonosis, mencionando en tercer lugar a las parasitosis (Garibotti et al., 2017). En cuanto al cuidado de la salud de los perros, el 83% había sido desparasitado en los últimos 12 meses, con un promedio de 1,4 desparasitaciones en dicho período. La infrecuente desparasitación, junto con la presencia de heces infectadas con *Echinococcus* sp. pueden representar un importante impacto sobre la salud humana (Garibotti et al., 2017). Para el caso de las áreas rurales, Santos et al. (2021), llevó adelante en el paraje Río Villegas un relevamiento sobre parásitos en perros y huertas. Los resultados obtenidos señalan que existe un alto porcentaje de geohelminths presentes en las heces de perros y el ambiente, habiendo especies zoonóticas de importancia para la salud pública como *Echinococcus* sp. y *Uncinaria* sp. Las huertas constituyen un ambiente contaminado donde las personas podrían infectarse y respecto de los perros, la riqueza parasitaria encontrada es distinta a la que se presenta

en áreas urbanas de la región patagónica, pero tiene un grado de similitud con las áreas periurbanas.

La hidatidosis

La hidatidosis es una enfermedad endémica en la Argentina que constituye un complejo problema de salud pública. Esta enfermedad es causada por un cestode denominado *Echinococcus granulosus* (Apt-Baruch, 2013). La transmisión a los seres humanos ocurre por la ingesta de los huevos del parásito, a través del agua, los alimentos o por las manos contaminadas luego del contacto con perros infectados. En los hospedadores intermediarios: ovino, caprino y bovino y accidentales: seres humanos, el parásito forma uno o varios quistes cuya localización más frecuente es el hígado y pulmón. Estos quistes contienen miles de estadios larvales (Apt-Baruch, 2013). En sus hospedadores definitivos (perros, zorros, lobos), el parásito se encuentra en el intestino en su fase adulta y libera los huevos contaminando agua de bebida o verduras (Pérez et al., 2006).

En las personas, los quistes suelen ser asintomáticos por mucho tiempo. Los síntomas que pueden causar están relacionados con la compresión mecánica que provoca alteraciones funcionales en el órgano afectado. Los daños que produce son causa suficiente para modificar la vida cotidiana de quien la padece y la de su entorno. Haber padecido hidatidosis, genera pérdidas en la salud, tanto por las secuelas propias de las intervenciones quirúrgicas para extirpar los quistes, como por las condiciones de vida, en tanto que dificulta la realización de actividades vinculadas a la subsistencia (Mujica et al. 2017).

En Mujica et al., (2017:18), la percepción de la hidatidosis en relación a aspectos sociales y culturales tanto de las personas con la enfermedad, sus familiares como los trabajadores sanitarios se expresan en las entrevistas realizadas destacando que el vínculo con los animales y las prácticas asociadas contribuyen a la reproducción del contagio, por ejemplo, en *“tirarles las achuras crudas a los perros”*. Las personas con diagnóstico de hidatidosis y sus familiares asociaron esta práctica social a eventos del *“orden de lo cultural”*, *“parte de la naturaleza”*, *“costumbre ancestral”*, considerando a lo cultural como lo que *“no se modifica”*, en el equipo sanitario, el hábito y la costumbre eran entendidos también como eventos del orden de *“lo cultural”*.

Por las características del ciclo, esta zoonosis se origina y prevalece mayoritariamente en el ámbito rural. Sin embargo, las migraciones de las poblaciones del campo hacia las ciudades traen aparejado el traslado de prácticas rurales como la cría traspatio de animales para consumo, el traslado de animales de la zona rural a la periurbana donde se realiza faena para autoconsumo, entrega de vísceras parasitadas a los perros y las condiciones socioambientales que favorecen el contacto de los seres humanos con los perros. De esta manera, la hidatidosis y algunas enfermedades consideradas históricamente circunscriptas al ámbito rural comienzan a presentarse en áreas urbanas. (Mujica et al, 2017).

En la provincia de Río Negro, el principal escenario epidemiológico del ciclo es en el ámbito rural donde los perros de zonas productoras de ovinos y caprinos tienen acceso a las vísceras crudas del ganado que se faena para el consumo familiar. Cuando el ganado faenado se encuentra parasitado contagia a los perros. La entrega de vísceras crudas a los perros es una práctica social extensamente difundida y difícil de erradicar, muy relacionada con el ámbito del trabajo rural y el desempeño de los perros pastores (Larrieu et al., 2014). Respecto de su distribución, las mayores tasas de la enfermedad

se dan en los departamentos ubicados hacia el sur, oeste y centro de la provincia: Bariloche, Pilcaniyeu, Ñorquinco, 25 de Mayo, 9 de Julio y El Cuy, siendo el área de producción ovina por excelencia.

En relación a las personas, un trabajo reciente realizado en la provincia analiza los factores asociados con el hecho de contraer hidatidosis cuyos datos muestran un riesgo significativo relacionado con la edad creciente, haber vivido en áreas rurales durante los primeros 5 años de vida, vivir actualmente en áreas rurales, contacto frecuente con el hospedador definitivo y hábitos ligados a la acción de la mano-boca, destacando la importancia que tiene el medio rural para adquirir la infección (Uchiumi et al., 2021).

El recorrido por la Patagonia, por la provincia de Río Negro, por su sistema de salud y por la relación de la pobreza con las parasitosis en general y con la hidatidosis en particular, pretende aportar a la comprensión del contexto donde se da el ciclo de la enfermedad. En el capítulo siguiente iniciaremos la presentación de la estrategia metodológica utilizada en el desarrollo de la tesis.

CAPITULO II: Objetivos de investigación y estrategia metodológica: lo cualitativo y lo cuantitativo en el abordaje de la hidatidosis

Objetivos generales y específicos de la investigación

El objetivo general de esta tesis es analizar a la hidatidosis como objeto de política pública en los Departamentos de Ñorquinco, Pilcaniyeu y Bariloche de la provincia de Río Negro.

Para abordarlo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir y analizar a los destinatarios de dicha política a partir de sus características demográficas, socioeconómicas y sanitarias en los departamentos Ñorquinco, Pilcaniyeu y Bariloche, en base a su lugar de residencia.
2. Analizar los registros hospitalarios de las personas diagnosticadas con hidatidosis entre los años 2011 y 2021 para identificar qué dimensiones son relevadas por el sistema de salud y la calidad de la práctica de registro.
3. Describir y analizar el Programa Provincial desde sus inicios hasta la actualidad, haciendo hincapié en dos instancias del ciclo de la política pública: el diseño y las características del proceso de implementación.
4. Conocer las percepciones de gestores e integrantes de los equipos de salud acerca de sus prácticas de implementación del Programa en el territorio.

Diseño y estrategia metodológica

El diseño metodológico adoptado implicó la combinación y complementación de los métodos cuantitativo y cualitativo, con el fin de enriquecer el análisis y comprender los fenómenos en sus diferentes manifestaciones. Con estos métodos mixtos se recolectaron y analizaron los datos, se integraron y discutieron de manera conjunta para lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio (Sampieri et al., 2003).

A fin de caracterizar a la población objetivo de esta política pública, se utilizaron dos tipos de fuentes: se analizaron datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010, respecto del acceso a distintos servicios y niveles de necesidades básicas insatisfechas (NBI), para caracterizar a las personas diagnosticadas con hidatidosis en base al lugar que habitaban al momento del diagnóstico. Asimismo, se aplicó el análisis estadístico y epidemiológico a los registros hospitalarios de las personas que se enfermaron en la zona Andina entre los años 2011 y 2021 y que fueron consideradas “casos confirmados” para hidatidosis, según las Normas Técnicas para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de las personas con hidatidosis, vigentes. La información fue brindada por el sistema de salud provincial.

Por otra parte, se adoptó un enfoque cualitativo de investigación, en el marco del cual se realizaron entrevistas semiestructuradas a gestoras/es y trabajadoras/es de la salud pública provincial para indagar acerca del proceso de implementación de la política pública que es nuestro objeto de estudio. En este marco, se realizaron 11 entrevistas y se utilizó una entrevista de archivo realizada con anterioridad a esta investigación.

El estudio analizó dos conjuntos de poblaciones, el primero, con el abordado en la instancia cuantitativa, se encontró integrado por personas que tuvieron diagnóstico de hidatidosis entre los años 2011 y 2021 y residían en los departamentos detallados

(Figura 1), y el segundo por trabajadoras y trabajadores de la salud que implementaron/implementan la política pública de control provincial, abordado desde una perspectiva interpretativa.

Figura 1: Mapa de Río Negro y área de estudio



Fuente: Elaborado por Vazquez, Flores, Viozzi. 2024. Provincia de Río Negro y detalle del área de estudio. Uso la herramienta Proyecto QGIS, 2023. QGIS 3.8 Firenze. Sistema de Información Geográfica QGIS. Open Source Geospatial Foundation. (URL <http://qgis.org>)

La muestra para el estudio cuantitativo se conformó por personas que tuvieron diagnóstico de hidatidosis entre los años 2011 y 2021 en los Departamentos de Bariloche, Ñorquínco y Pilcaniyeu y que surge del uso de la base de la información brindada por la URESA (Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental) Zona Andina y el Programa Provincial de Hidatidosis. La información consiste en los datos epidemiológicos notificados en el Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS) que se encuentra actualmente dentro del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). Este sistema se actualizó en la semana epidemiológica 18 del año 2018, cambiando su denominación a SNVS 2.0 dentro del SISA. Como los datos analizados corresponden a los años 2011 a 2021, la información brindada pertenece a los dos sistemas de vigilancia utilizados durante el periodo analizado. Se excluyeron del análisis las personas que no contaban con los datos que permitían identificar su lugar de residencia.

La instancia cualitativa se organizó a partir de un muestreo intencional, conformado por 12 agentes de salud vinculados directa o indirectamente con el Programa de Hidatidosis y que escribieron y/o implementaron las políticas públicas en las diferentes etapas. Se realizaron entrevistas semiestructuradas organizadas por temas con base en los objetivos del estudio y la literatura leída. La selección de esta técnica se vincula al potencial que la misma brinda para acceder a las percepciones, experiencias y relatos de las y los trabajadoras/es de la salud que se han desempeñado en distintos roles en el proceso de implementación del programa de hidatidosis. La cantidad de entrevistas se definió a

partir del concepto de saturación teórica o saturación de categorías que refiere al momento en que, después de la realización de un número de entrevistas, el material cualitativo arroja una suficiente diversidad de ideas que deja de aportar datos nuevos en relación a los objetivos propuestos (Sampieri et al., 2003).

Las entrevistas fueron realizadas a las y los trabajadoras/es de la salud que cumplen funciones en los hospitales y URESA del Área Andina, coincidente con la IV Zona Sanitaria (Hospital Zonal Bariloche, Hospital de Comallo, Hospital de Ñorquinco, Hospital de Área El Bolsón URESA Zona Andina de San Carlos de Bariloche y de El Bolsón), incluyendo a miembros de diferentes áreas dentro del Ministerio de Salud de Río Negro, como las y los referentes del Programa de Control. Se garantizó la protección de todos los datos de los entrevistados, siendo relevante las relaciones sociales establecidas, pero no la identidad personal.

Etapas cuantitativa

En esta etapa se realizaron dos tipos de análisis: por un lado, la descripción de las características demográficas y sanitarias de las personas con diagnóstico de hidatidosis mediante la información sanitaria brindada; y por el otro, el análisis de los aspectos socioeconómicos que se obtuvieron en base a su lugar de residencia al momento del diagnóstico, a través del Censo de Población, Hogares y Viviendas (INDEC 2010). Los datos aportados por el censo utilizan la variable sexo (varón/mujer), pero a los fines de poder complementarlos con los correspondientes al sistema de salud que utiliza la variable género, se decidió hacer uso de dicha variable para ambas bases de datos. Se georeferenció la ubicación residencial de los casos utilizando Google Earth, para luego mapearlos radios censales de la provincia y observar su distribución en el área de estudio.

Las variables incluidas en el eje de la información demográfica y sanitaria fueron: departamento, localidad de residencia, clasificación del espacio que habitan, edad, género, hospital que acompaña al caso y su grado de complejidad sanitaria, año del diagnóstico, localización, número, tamaño y clasificación de quistes, tipo de tratamiento y cantidad de controles. Para el análisis de la distribución según edad, la agrupación buscó reflejar el criterio epidemiológico propio de la enfermedad, para lo cual se distribuyó cada 5 años hasta la adolescencia y cada 10 años para la adultez. Para la clasificación del espacio que habitan se toma el criterio de urbano y rural, pero al espacio rural se lo distinguió en aglomeraciones urbanas o ciudades: espacios con más de 2000 habitantes; pueblos rurales que poseen entre 500 y 2000 habitantes; micropueblos para aquellos parajes que tienen menos de 500 habitantes y población dispersa para quienes residen en el campo abierto (Castro y Reboratti, 2008), (Bondel et al, 2018).

Para el eje de la información socioeconómica se utilizó el concepto de radio censal (RC) entendido como un espacio territorial con límites geográficos y una determinada cantidad de viviendas a relevar (INDEC, 2010). A cada persona se le asignó un radio censal según su lugar y/o domicilio de residencia al momento del diagnóstico, que permitió asociarla con la información socioeconómica y demográfica correspondiente a ese RC, salvo en aquellos lugares que poseían una gran extensión territorial e incluían tanto a barrios de ciudades, como a micropueblos o población dispersa. Por ejemplo, el Barrio Lujan de El Bolsón, que se encuentra incluido en el mismo RC que Rinconada Nahuelpan considerada población dispersa según la definición teórica. En estos casos,

que correspondieron a 5 radios censales, hemos definido recategorizar hacia el espacio que más casos aporta, esta decisión genera una diferencia entre los resultados del eje 1 de la información sanitaria y demográfica, y el eje 2 de información sociodemográfica.

Respecto del uso de los datos disponibles en el Censo 2010, decidimos utilizar solo aquellos que pueden estar relacionados con las condiciones de vida y el ciclo de la hidatidosis, siguiendo la propuesta de Gamboa (2014) que logra identificar factores vinculados en la transmisión del ciclo de las parasitosis.

La información socioeconómica fue organizada y definida según 3 categorías establecidas por el INDEC en los documentos de definiciones de indicadores y bases de datos (INDEC, 2013): a) indicadores sociodemográficos: tasa de actividad, tasa de desocupación y densidad, analizados solo por espacio que habitan; b) datos de la población: género, educación, edad y uso de PC y c) datos de los hogares: NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas), calidad de la vivienda, tipo de piso, ubicación de la canilla en la vivienda, calidad del agua para consumo, presencia de baño con sistema de descarga, calidad de efluente y disponibilidad de combustible para cocinar. Las variables de las categorías b y c se analizaron cruzando datos del espacio que habitan y pobreza estructural mediante NBI. Anexo 1.

A su vez, y a modo de lograr la caracterización de la población, la información sociodemográfica se analizó utilizando la teoría de clustering (Averborg et al, 2023). Esta metodología permitió dividir a la población en 12 grupos con características distintas y que indican la presencia de diferentes perfiles, para lo cual se consideró el espacio que habitan y NBI.

Aspectos estadísticos

Para la etapa cuantitativa se realizó un análisis usando gráficos y tablas de contingencia para comparar el número de casos según la información demográfica y sanitaria mediante Chi cuadrado (χ^2). A fin de agilizar el análisis de la información socioeconómica se hizo uso del porcentaje y del porcentaje promedio del dato disponible para cada RC. Para evaluar la cantidad de casos diagnosticados con hidatidosis en función de las características socioeconómicas de los radios censales (RC) se utilizaron Modelos Lineales Generalizados (GLM). Como predictores de estos modelos se utilizaron las siguientes variables: género femenino y masculino; espacio que habitan (4 categorías: ciudad, micropueblo, pueblo rural y población dispersa); edad (3 categorías: 0-14; 15-64; 65 y más); NBI (5 categorías: donde 1 es bajo y 5 alto); educación (3 categorías: primario, secundario, superior); uso de PC (computadora personal); calidad de vivienda insatisfactoria; tipo de agua para consumo (5 categorías: red pública, perforación de napa profunda, perforación napa superficial, cisterna y aguas superficiales); ubicación de cañerías de agua (2 categorías: adentro, afuera); tipo de pisos que no se limpian; baño sin descarga, tipo de efluente en pozo y combustible utilizado para cocinar (4 categorías: gas de red, gas de tubo, garrafa y leña). Los análisis de GLM se realizaron en SSPS versión 21 (Statistical Package for the Social Sciences o Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales). Los GLM se realizaron utilizando una distribución de probabilidades de Poisson y una función Logarítmica de enlace (Log). Este software utiliza una prueba Omnibus para determinar si el modelo es significativo respecto del azar y utiliza la prueba de Wald para determinar la significancia de la variable en el modelo.

Para caracterizar los cluster o grupos espacio/NBI se utilizó un análisis discriminante; el mismo permite clasificar unidades muestrales (radios censales) en grupos preexistentes y con características conocidas, utilizando para ello la información proporcionada por un conjunto de variables clasificadoras. Las variables clasificadoras en este caso son las que tuvieron significancia estadística en los GLM. La clasificación se realizó mediante funciones discriminantes, que son combinaciones de las variables clasificadoras originales y que se emplean como criterio para asignar cada individuo a un grupo o población. Este análisis caracteriza la separación entre grupos al proporcionar la contribución de cada variable clasificadora a dicha separación, permitiendo comprobar hasta qué punto las variables independientes consideradas en la investigación clasifican correctamente a las unidades muestrales (descriptiva), y establece el criterio de clasificación de un individuo nuevo en alguno de los grupos a partir de sus valores para las variables clasificadoras (predictiva) (Torrado Fonseca y Berlanga, 2013).

Etapas cualitativas

Esta etapa consta del análisis de distintas fuentes documentales provinciales ligadas al Programa Provincial de Control. Se realizó un relevamiento de documentos oficiales a través del Digesto de la Legislatura de la Provincia de Río Negro y del Sistema Argentino de información Jurídica. También se recopiló material no oficial y publicaciones aportadas por trabajadores de Salud Ambiental. Se utilizaron para esta etapa, leyes y decretos, guías y manuales de procedimientos que regulan la implementación del programa, libros y publicaciones científicas y de divulgación, que registraron datos y procedimientos desde la década de 1970 hasta la actualidad. Se realizó un escrutinio de los marcos legislativos particulares, pero contextualizando en las diferentes etapas políticas y sanitarias del país y de la provincia, que resultaron claves para comprender la racionalidad política sanitaria desde la cual se abordó y construyó el problema de la hidatidosis en la provincia. La lectura del material buscó identificar y comprender el modo en que se ha definido a la población destinataria de los programas, los recursos financieros, tecnológicos y de personal, el diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana y animal, las actividades de promoción y prevención, el enfoque epidemiológico, los indicadores de evaluación y el material generado.

Adicionalmente, y tal como se mencionara previamente, se realizaron entrevistas a trabajadoras/es de la salud que tuvieron distinto tipo de vinculación con el programa, a saber: a) trabajadoras/es que participaron del diseño del programa y/o de documentos asociados a su implementación como normas y manuales, b) trabajadoras/es que han gestionado o gestionan el programa y c) agentes del sistema de salud de los hospitales del área bajo programa (hospitales de complejidad III hasta VI). Los ejes organizadores de las entrevistas fueron las percepciones personales en torno a la hidatidosis, a la caracterización de la población destinataria, a las prácticas y lugares que favorecen el ciclo de la enfermedad, así como en las medidas que se aplican para su control; también se indagó en la experiencia personal de cada entrevistada/o en la realización de tareas vinculadas a la implementación del Programa de Hidatidosis en Río Negro. Al tratarse de entrevistas semiestructuradas, se tuvo especialmente en cuenta la generación de un clima de confianza que propiciara la reflexión sobre la propia práctica, se buscó generar un marco para la emergencia de aspectos no contemplados por la tesista que fueran de interés para las/os entrevistadas/os. La grabación y las notas de las entrevistas quedaron almacenadas en la computadora personal de la investigadora, y solamente ella y su

directora tuvieron acceso a las mismas. Luego de haber publicado la tesis o realizado otro tipo de presentaciones, y superado los cinco años, la información será borrada. En el Anexo 2 se presentan esquemáticamente las pautas de la entrevista.

Finalmente, se buscó integrar el análisis cuantitativo con la instancia cualitativa del proceso de investigación a fin de comprender el proceso de construcción de la hidatidosis como política pública procurando especialmente desandar el entramado político-institucional atravesado por distintas prácticas (y sentidos), vinculado a la implementación del Programa Provincial de Control.

Aspectos éticos

Durante todo el proceso del estudio se protegieron los datos de las personas en cumplimiento con la ley 25.326/00 de protección de datos personales y la ley N° 17.622/68 de secreto estadístico que garantiza la confidencialidad de la información. El uso de los datos para este proyecto fue aprobado por el Comité de Evaluación de Proyectos de Investigación del Hospital Zonal Bariloche con fecha de enero 2024 y por el Comité de Ética y Evaluación de Proyectos de Investigación en Salud Humana del Ministerio de Salud de Río Negro, mediante la Resolución N° 2349 “MS”.

Los datos de las 180 personas con diagnóstico de hidatidosis fueron brindados anonimizados por lo que se encuentran protegidos. La investigadora a su vez, garantizó la protección de los mismos mediante la asignación de un ID que le permitió valorar la información de cada caso, pero sin que ninguno de los registros que componen la muestra pueda ser identificado. Las entrevistas se realizaron con el debido consentimiento de la persona entrevistada y poniéndola en conocimiento acerca de los fines, del contenido de la investigación, así como el tipo de preguntas que se realizarían y de la voluntariedad de su participación, pudiendo interrumpir el proceso en cualquier momento sin que ello genere perjuicio. Anexo 3.

En resumen, en este capítulo se detalló la forma en que se abordó metodológicamente el trabajo de tesis. En el siguiente capítulo profundizaremos en los conceptos teóricos que usaremos para realizar el análisis.

CAPITULO III: Marcos conceptuales

La hidatidosis es una zoonosis, es decir una enfermedad transmisible entre el ser humano y los animales, la OMS la engloba dentro de las enfermedades olvidadas o desatendidas, definidas como aquellas que afectan a las poblaciones más pobres, residentes en zonas rurales, barrios suburbanos marginales o zonas de conflicto, principalmente de América Latina, África y Asia y que causan grandes pérdidas en términos de mortalidad y morbilidad (Guarnera, 2013). Para comprender a las enfermedades olvidadas, Zabala (2012) propone analizarlas desde las tensiones que se han expresado como consecuencia de un condicionamiento entre las diferentes dimensiones técnicas, biológicas, de conocimiento, profesionales y políticas dentro de la historia de la enfermedad, y plantea como uno de los ejes para su abordaje entender la manera en que la enfermedad se constituyó en un objeto de políticas públicas con la consiguiente aplicación de planes de intervención.

La particularidad de involucrar la relación entre personas, animales, ambiente y políticas públicas de control/prevenición, convierte a la hidatidosis, en objeto de indagación de distintas disciplinas vinculadas a las ciencias biomédicas y también a las sociales. En este capítulo, se exploran algunas de las discusiones que se dan en las ciencias sociales para comprender como se conectan las políticas públicas (Oszlak y O'Donnell, 1995) de prevención y control con las condiciones de vida (Botero, 1998; Solano et al., 2008 y Zonta et al., 2011) de las personas con hidatidosis, los determinantes sociales (Menendez, 1998, Diez Roux, 2008) que influyen en la enfermedad y el contexto rural (Gallardo, 2019), en el que se producen o producían mayormente los casos, teniendo en cuenta nuevos escenarios epidemiológicos tales como las ciudades y sus bordes periurbanos.

La definición de políticas públicas ha sido ampliamente discutida sin que se haya logrado arribar a consensos. Las discusiones involucran desde su conceptualización y naturaleza, hasta la importancia de la participación social, incluyendo los desafíos metodológicos que enfrentan/mos quienes investigamos este campo y lo abordamos en contextos específicos. Una de las discusiones centrales ha girado en torno a la tendencia a aplicar modelos teóricos desarrollados en contextos anglosajones sin considerar las particularidades latinoamericanas. En este marco, autores como Oszlak y O'Donnell (1995) han argumentado que las políticas públicas deben ser entendidas como un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión (o tema) que requiere la atención, interés o movilización de otros actores. Esta definición concibe a la omisión como una acción, reconociendo un componente relacional al plantear que la política es una respuesta a una cuestión que ha generado la atención o interés de ciertos actores sociales o económicos y supone una demanda de parte de intereses potencialmente en conflicto. En la analogía entre las políticas estatales y una obra musical, los autores, las consideran un acorde dentro de un proceso social que se da entorno de un tema, por lo tanto, solo toman significado en la medida que fueran vinculadas al tema que las origina, los actores que intervienen, el contexto en el que se insertan y el impacto que genera.

Por su parte, Aguilar Villanueva (2009), define a las PP como un conjunto, sistema o ciclo de acciones, que se orientan a realizar objetivos o a resolver problemas (abordar la cuestión), cuya solución es considerada de interés o beneficio público. Las mismas son producto del dialogo, no libre de tensiones entre el gobierno y distintos sectores de la ciudadanía, siendo decididas por autoridades legítimas, ejecutadas por actores

gubernamentales y estatales, asociados o no con otros actores sociales y dan origen o forman un patrón de comportamiento del gobierno y la sociedad. Esta definición pone de manifiesto que la política supone un proceso complejo que se inicia al identificar una cuestión social o políticamente relevante, que continúa con una toma de posición por parte del gobierno ante dicha cuestión, y que requiere un conjunto de acciones estatales dirigidas a mantener, transformar o modificar la realidad o el contexto en el que los actores intervienen.

Siguiendo en la misma línea teórica, el enfoque procesal facilita el análisis en distintas etapas o fases interrelacionadas: la primera etapa es la definición del problema, aquí se determina cuál es el problema, cuáles son sus dimensiones o componentes y cuáles sus causas. La segunda es la formación de la agenda, que consiste en analizar qué factores contribuyen a que ese problema resulte en objeto de una acción gubernamental, y quienes son los actores que intervendrán en el proceso. La tercera etapa es la construcción de opciones, que resulta en analizar cuáles son las alternativas disponibles y viables para resolver el problema y qué riesgos, beneficios y costos acompaña a cada una de esas alternativas. La cuarta etapa es la toma de decisión que consiste en determinar cuál de todas las alternativas disponibles constituye la mejor opción. La quinta es la implementación de la política entendida como el análisis de cuáles son las acciones a realizar para alcanzar los objetivos y metas que la política se propone. La sexta es la evaluación de la política donde lo importante es decidir qué será evaluado, cómo y para qué se hará la evaluación. La séptima y última etapa, la de terminación o continuación, consiste en decidir, sobre la base de los insumos generados por la evaluación, si la política debe continuar, finalizar o revisarse. (Aguilar Villanueva, 2009). Estas etapas no resultan en eventos sucesivos, ordenados cronológicamente y separables entre sí, ya que en la realidad las fases tienden a superponerse.

Las PP pueden resultar en herramientas que favorecen que los gobiernos den cuenta de lo que hacen o pueden hacer, quienes, y por qué las respaldan, los objetivos que pretenden alcanzar, los recursos que movilizan, los intereses económicos, sociales y políticos que afectan, los conflictos de intereses que surgen, así como los efectos que producen en el contexto en el que intervienen. Estos puntos no anticipan cuáles serán los resultados que producirán debido a que esos objetivos y recursos, durante el proceso pueden desviarse hacia otros objetivos y/o poblaciones beneficiarias o directamente no se pongan en ejecución.

Implementación

Entendemos que el Programa de control es la forma de expresión que tomó la PP relacionada a la hidatidosis en Río Negro, y para continuar sumergiéndonos en ese ciclo propuesto por Aguilar Villanueva (2009), es de nuestro interés profundizar en la quinta etapa, en la implementación de la política, que resulta en la forma en que los programas llegan a su población objetivo. La implementación consiste en el conjunto de acciones y decisiones que permiten transformar los objetivos en productos, resultados e impactos observables a través de la incorporación de insumos, de procesos productivos y de entrega de bienes y servicios definidos. Skopcpol (2018) plantea que es un proceso complejo a través del cual el Estado interviene como actor y como marco institucional. Como actor está conformado por una pluralidad de actores, que aportan cada uno diferentes dotaciones de recursos, con objetivos diferentes o incluso contradictorios, y que tienen la capacidad para desplegar esos recursos en función a sus propios intereses y preferencias, pero, aun así, pueden actuar coordinadamente. Es un colectivo de

funcionarios que puede operar de una manera autónoma mediante la facultad y la posibilidad para desarrollar políticas, sin responder necesaria y directamente a los intereses de los actores sociales involucrados. Es esta posible autonomía la que le otorga al Estado la cualidad de ser una institución/organización con capacidad de incidencia social. Como marco institucional, supone el sistema de reglas, procedimientos o estructuras y, tiene una influencia decisiva sobre la forma como se desarrolla la dinámica política o las modalidades de acción colectiva de los actores sociales. A diferentes formas de organización le corresponden diferentes formas de hacer política, ampliando la idea de que los procesos de implementación no solo son estrictamente técnicos y neutrales.

El Estado asume un carácter negociador o abiertamente conflictivo cuando debe definir su posición frente al abordaje de una cuestión social, surgen los “conflicto de políticas”, atribuidos, en gran medida, a la presencia, dentro del aparato estatal, de unidades/organizaciones con variable grado de autonomía, capaces de influir en diversas instancias del proceso. Ósea que el conflicto no sería inherente a la posición *del* Estado sino producto del enfrentamiento entre algunas de sus unidades, obedeciendo a intereses organizacionales y clientelísticos contradictorios (Oszlak y O'Donnell, 1995). La adopción de una PP depende no solo de las tecnologías disponibles o de las condiciones políticas, o económicas o de mercado o de las características de la organización, sino que también hay que incorporar las características personales. Los actores involucrados en las instituciones continuamente interpretan y reinterpretan las reglas en un espacio social saturado de significados y relaciones de poder. Es decir que habrá tantas formas de implementar una PP como personas y organizaciones involucradas.

La implementación, como proceso, se inicia cuando se produce la sanción de la política y su expresión en planes, programas y actividades y concluye cuando es continuada, finalizada o revisada. Supone aceptar que el proceso transcurre en un mundo incierto y resistente, con realidades sociales cristalizadas, escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores y creencias, resistencias y pasividad. Los administradores y las organizaciones públicas juegan un papel central porque constantemente deben analizar las situaciones o realidades, redefiniendo constantemente las prioridades de las políticas.

De ahí, que se considere un proceso reflexivo y dinámico donde las acciones y decisiones tomadas provocan efectos e impactan sobre esas mismas acciones y decisiones y donde los actores deben incorporar información, introducirla en sus marcos conceptuales, procesarla, ejecutarla y evaluarla, transformando la implementación en: un proceso de aprendizaje (Jaime et al, 2013).

Para Aguilar Villanueva (1993) los problemas en el proceso de implementación se generan por la excesiva complejidad de las acciones conjuntas que se requieren y los múltiples actores. Esa cooperación requiere de un consenso en cada punto de decisión que permita poder pasar al siguiente. La dificultad, entonces, surge en el exceso de puntos de decisión y en la cantidad de actores que intervienen en cada uno de ellos, siendo la clave para la solución (que las actividades sucedan o no, y/o tengan impacto o no), el diseño del proceso de implementación, buscando reducir no solo el número de puntos de decisión sino además el número de actores intervinientes en el proceso. Esto se logra con la autonomía de la burocracia y un esquema de responsabilización.

Por su parte, Berman (1993) plantea los niveles de macro y micro implementación. En el nivel macro es el gobierno federal (central o superior) el que debe llevar adelante las acciones para influenciar a las organizaciones locales prestadoras de servicios; en el

micro se encuentran las respuestas de las organizaciones locales a las acciones planteadas por las esferas macro. Desde las instancias macro suponen que la implementación se dará automáticamente una vez que llegue a los niveles locales y su función finaliza una vez que el nivel micro comience a operar, pero la efectividad se da cuando se logra una retroalimentación, es decir la adaptación entre el proyecto (macro) y el contexto organizacional (micro), pero considerando al prestador (micro) y al usuario o beneficiario. Esta apertura de las organizaciones al entorno puede ser lograda de una manera plácida o turbulenta (Berman, 1993). Para esta tesis profundizaremos en la instancia local (micro).

La micro implementación puede darse en 3 fases. La primera es la movilización donde los funcionarios de las organizaciones locales son quienes toman las decisiones en torno a la adopción o no de un proyecto y planifican su ejecución. Es una instancia de participación y formación de alianzas para la generación del apoyo político local. La segunda fase es la implementación por parte del prestador de servicios, donde los planes son puestos en funcionamiento por los que están a cargo de la prestación directa. Los encargados de la implantación tienen que elegir entre adaptar los planes del proyecto a su comportamiento habitual o adaptar su comportamiento al plan. Y la tercera fase es la de institucionalización, donde los operadores locales llevan a cabo las consideraciones locales de tipo burocrático y políticas (Berman, 1993).

Entonces debemos comprender que la implementación no es un proceso exclusivamente técnico sino además político, que exige disponer de la capacidad para anticipar los comportamientos y consecuencias, y diseñar y promover cursos de acción en contextos de incertidumbre, ambigüedad, tensiones y conflictos.

Las discusiones en torno a los métodos de análisis de las políticas públicas en América Latina son diversas y ponen de manifiesto tensiones entre enfoques teóricos “importados” y las dificultades de su aplicación en contextos locales (Betancur et al., 2023). Otro nudo de debate gira en torno a que la producción académica local con frecuencia busca agregar variables a teorías existentes utilizadas en otros contextos, en lugar de desarrollar enfoques propios, forzando la relación entre las nuevas variables y los marcos teóricos originales. En los últimos años, distintos autores han propuesto una transformación radical hacia enfoques de políticas públicas centrados en las realidades de la región, siguiendo las teorías decoloniales, existiendo consenso en el debate en torno a los modos de análisis de las políticas públicas en América Latina respecto a la necesidad de desarrollar marcos teóricos y metodológicos que permitan comprender las particularidades socioeconómicas, culturales e históricas de la región (Betancur, 2019). En cuanto al plano metodológico, va ganando consenso el reconocimiento de la necesidad de combinar métodos cuantitativos y cualitativos, a fin de capturar la complejidad de los fenómenos bajo análisis (Cardozo Brum, 2013).

Conceptos para el análisis en el ámbito rural

Si bien no es un objetivo profundizar en cuestiones específicas sobre espacio, territorio y ruralidad, sabiendo que el ciclo de la hidatidosis se da mayormente en entornos rurales altamente relacionados con las ciudades de cercanía, es necesario contextualizar la presente investigación y dejar planteados los enfoques para el análisis.

Así entendemos con Santos (2000), que el espacio es un conjunto indisoluble de sistemas fijos y sistemas de flujo. Los sistemas fijos se definen como aquellos componentes inamovibles o estables del espacio como es el caso de las viviendas,

fábricas, caminos, mientras que los sistemas de flujos son las acciones visibles del ser humano que generan una modificación del medio. La relación entre ambos sistemas permite considerar al espacio como una construcción social en constante movimiento; con memoria histórica del pasado y con las relaciones sociales que transcurren en el presente, entonces el espacio es creado y delimitado por los grupos sociales, y no necesariamente coinciden con unidades político administrativas. Cuando se suceden diferencias en la distribución cualitativa y cuantitativa de los sistemas fijos y de flujos aparecen las desigualdades espaciales que condicionan la organización y dinámica de la vida cotidiana de las personas.

En Argentina el espacio rural tiene como particularidad una incorporación temprana al mercado mundial por la disponibilidad de tierra fértil extensa y escasamente poblada, definiendo al país como agroexportador, presentando, en comparación con el resto de los países de Latinoamérica, altos niveles de acumulación, pero con creciente desigualdad y pobreza rural, con escasa visibilidad social y política (Gallardo, 2019). El sector rural argentino ha sido descrito por sus características relacionadas a la baja densidad de población, a la capacidad de explotar los recursos cercanos, a la estrecha relación entre sus habitantes, el medio natural que los rodea y a la importancia del sector agrícola como articulador de la economía rural, determinando su identidad, actividad económica, formas de construcción social y de relaciones. Usaremos el concepto de rural como un espacio que no es residual de lo moderno ni de lo urbano, sino que define un carácter identitario.

El enfoque de la nueva ruralidad da cuenta de las profundas transformaciones que han vivido los espacios rurales a lo largo de las últimas décadas, el desarrollo de nuevas realidades más complejas y dinámicas que las actividades agrícolas tradicionales. Los espacios rurales han experimentado una diversificación productiva con un aumento relativo de la pluriactividad y el empleo no agrícola, una creciente conectividad con los espacios urbanos y una profunda transformación cultural con nuevos hábitos sociales, asegurando la permanencia en el medio rural y la vinculación con el patrimonio familiar, aunque no necesariamente se dediquen a cultivar la tierra o criar ganado. El concepto deja obsoletas las antiguas nociones dicotómicas: campo-ciudad, modernos-tradicionales, industrializados-agrícolas, urbano-rural y permite el ingreso a otras dimensiones como lo son globalización, sistemas agroalimentarios, relación global-local y nuevos actores, en un espacio de producción generador de desigualdades y de conflictos entre quienes ven al campo como un modo de vida e identidad social y quienes desean controlar y regular los recursos y los mercados. Estas profundas transformaciones económicas y sociales de la ruralidad introducen la necesidad de poner en cuestión la identificación de lo rural con lo agrícola y la pobreza rural con la agricultura familiar (Ruiz Rivera y Delgado Campo, 2008; Llambí, 2012; Cowan Ros y Berger, 2018).

La población que vive en el espacio donde se desarrolló la tesis, tiene un predominio de características rurales, sea porque residen o residieron en el pasado o porque han tenido una vinculación con la zona rural. Son espacios con una constante redistribución de su población, producto principalmente de procesos de migración que se dan por motivos políticos, laborales, familiares, por mejoras en la calidad de vida, por acceso a la tierra y la vivienda, a la educación o por la búsqueda de distintas redes sociales de sostén (Perner y Alazraqui, 2021). En el entramado de relaciones que se dan entre las ciudades, los pueblos, parajes y el campo se observa con frecuencia el traslado de parte del grupo familiar (generalmente mujeres y niños) a los lugares más poblados cuando no se puede contar con el recurso que asegure la escolarización, o de cuidado de adultos mayores o

cuando la fuente de trabajo no está en el mismo lugar de residencia. Los lazos de parentesco se despliegan territorialmente y no es poco frecuente encontrar que una familia haga uso en forma simultánea o alternada de más de una vivienda (doble domicilio) para poder satisfacer las necesidades del ciclo de vida familiar y del calendario productivo. La casa del campo como un espacio para residir cuando se hacen las tareas pecuarias y la casa del pueblo o del paraje, para garantizar la cobertura de las necesidades educativas, sanitarias y de prestación social. Vivir en un lado o en otro determina el acceso a bienes, productos y servicios (Gallardo, 2019).

Para este trabajo, se analizade manera particular la Región Andina que es un espacio que está conformado por localidades de diferentes tamaños, con población agrupada o dispersa. El INDEC establece ciertas definiciones basados en la cantidad de población y su dispersión: urbanas para las aglomeraciones que posean 2.000 habitantes o más, rurales agrupadas para las que presentan menos de 2.000 habitantes, mientras que al resto de la población rural la define como dispersa (Castro y Reboratti, 2008). En los últimos años también ha surgido una línea teórica que define a los parajes rurales mediante el concepto de micropueblo para aquellos espacios rurales que cuentan con menos de 500 habitantes (Bondel et al, 2018). Para el presente trabajo serán usadas las definiciones que se detallan: aglomeraciones urbanas o ciudades: espacios con más de 2000 habitantes; pueblos rurales que poseen entre 500 y 2000 habitantes; micropueblos para aquellos parajes que tienen menos de 500 habitantes y población dispersa para quienes residen en el campo abierto.

Los estilos de vida y el modo de vida

Los enfoques para el estudio de la salud se han modificado a lo largo de los últimos siglos, pasando de un modelo higienista con una visión unicausal que atribuía mayor importancia a las cuestiones biológicas, a un modelo más amplio donde existen otros determinantes como los factores socioeconómicos, los estilos de vida y los modos de vida. Los estudios más recientes buscan relacionar las características de los grupos o los contextos de los individuos, contribuyendo a la mejor comprensión de elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad. La epidemiología sociocultural propone entonces, la integración de procesos sociales, culturales, económicos y políticos con los procesos biológicos en el estudio de los determinantes de la salud (Diez Roux 2008).

La noción de riesgo refiere a patrones de comportamiento individuales que afectan el estado de salud de un individuo, aumentando su probabilidad de enfermarse o lesionarse. Por su parte, el concepto de estilos de vida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), alude a formas de vivir basadas en la interacción de las condiciones de vida y esos patrones de conducta individuales o riesgos. Se refiere a las formas individuales en que las personas se realizan como ser social en condiciones concretas y particulares. Estos conceptos, riesgo y estilo de vida, fueron incorporados en la perspectiva biomédica, tendiendo a favorecer de manera explícita o implícita, la noción de que el sujeto puede elegir y actuar en términos intencionales y responsables, “*es un ser libre con capacidad y posibilidad de elegir*”. Colocar en el estilo de vida del sujeto la responsabilidad de su enfermedad constituye una variante de la culpabilización de la víctima (Menendez, 1998:13; Perner, 2019).

Entendiendo que la elección individual no puede ser separada de las condiciones estructurales que la posibilitan, que las condiciones sociales en que las personas viven influyen fuertemente en sus posibilidades de tener una buena salud, que la pobreza y las

desigualdades sociales son determinantes de la mayor parte de las enfermedades, muertes y desigualdades en salud, la epidemiología del modo de vida permitió incorporar a los determinantes de salud, estableciendo relaciones entre las condiciones materiales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se desarrollan productivamente en esas condiciones. Los determinantes abarcan desde factores ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, de los servicios sanitarios como respuesta de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud (Menendez, 1998).

En el marco de estas discusiones, Diez Roux (2008) propone considerar los determinantes especificados a múltiples niveles, desde los genes hasta las características de la sociedad en su totalidad. El estudio de los determinantes de la salud implica la consideración de variables definidas a distintos niveles y la presencia de múltiples niveles de organización, por ejemplo, la salud puede medirse a nivel individual o a nivel de distintos tipos de agregados espaciales como barrios, ciudades, países; y los determinantes pueden medirse a nivel individual como el comportamiento o a nivel grupal como la desigualdad en la distribución de la riqueza.

En concordancia con los objetivos de esta tesis, resulta oportuna la incorporación del concepto de la vulnerabilidad entendida como las características y experiencias de las comunidades y de las personas que las exponen a un peligro y/o les permiten responder y recuperarse frente a él, se trata de un proceso complejo que se desarrolla en el tiempo y que puede acumularse y depende de múltiples y variados factores (Valdez Tah et al., 2015). Este concepto se vincula a su vez, con el enfoque de las capacidades de Sen (en Urquijo Angarita, 2008) que analiza problemas sociales tales como desigualdad, pobreza, calidad de vida, ausencia de desarrollo humano y la injusticia social en función de la libertad y las oportunidades reales con que cuenta una persona para llevar el tipo de vida que considera valiosa. En el contexto de este enfoque, las oportunidades sociales se vinculan a los servicios que ofrecen tanto la sociedad como el Estado para la mejora personal de los individuos que la conforman.

En este capítulo hemos abordado a las PP como una compleja red de relaciones. A su vez, identificamos al enfoque que las concibe como un ciclo que puede ser estructurado en etapas con fines analíticos, con potencial para el estudio que nos hemos propuesto. En este contexto, consideramos que la construcción de políticas públicas rurales requiere despegar del concepto de sector agropecuario para permitir visibilizar distintas identidades rurales, y así atender otros aspectos como los vinculados a las viviendas, la comunicación o la lejanía a servicios primordiales de las personas que viven o se vinculan en esas áreas rurales. En esta línea entendemos que la ruralidad es espacialmente heterogénea y no existe una ruralidad, sino variadas y múltiples visiones de procesos rurales.

Habiendo descripto las principales discusiones que nutren la tesis, en el capítulo que continúa nos centraremos en las PP y programas específicos de salud y de hidatidosis para el territorio rionegrino.

CAPITULO IV: Antecedentes de la política sanitaria y de control de la hidatidosis

El presente capítulo se ocupa de la reconstrucción de distintos hitos históricos que resultaron relevantes para posicionar a la hidatidosis como una enfermedad reconocida como un problema de salud, que pudiera ingresar en las agendas sanitarias en distintos países, para centrarnos luego en el modo en que se constituyó en objeto de política en Argentina, la Patagonia y Río Negro. Finalmente, describimos y analizamos el Programa provincial a partir de distintas fuentes documentales oficiales y no oficiales brindadas por trabadoras/es de salud y por los testimonios de quienes implementaron o implementan la PP.

Antecedentes de la política de control

La hidatidosis ha sido descripta desde hace siglos según consta en los tratados hipocráticos del 400 A.C. y en descripciones médicas árabes del 800 A.C. Detallaban “quistes”, “bolsas con agua”, “vesículas llenas de líquido”, “cestodes” “tenias”, “tumoraciones”, “vejigas acuosas” en hígado, pulmón, epiplón y otros órganos de animales y personas, llegando a relacionar el derrame del líquido del quiste roto con la muerte del paciente pero no lograron vincularlo con la presencia de un parásito (Turnes, 2009).

Los avances científicos más notorios que permitieron comprender e identificar la causa, el ciclo vital del parásito, modos de transmisión y contagio, así como formas de tratamiento con diversas posibilidades de éxito, acontecieron entre los años 1808 y 1852. Desde ese entonces ya se recomendaba evitar alimentar a los perros con desechos de animales faenados en mataderos, eje de futuros programas sanitarios. Los primeros casos de hidatidosis a nivel mundial, tanto en animales como en personas, se describieron en Islandia, Australia, Nueva Zelanda, Grecia, Chipre, España y Portugal logrando colocar la problemática en las agendas públicas de las autoridades de ese entonces. En los países del Río de la Plata (Argentina y Uruguay) y Chile, los registros datan de 1860 en adelante tanto en personas como en rodeos (Pérez Fontana, 1949; Turnes 2016).

El primer programa sanitario conocido comenzó en Islandia en 1864 donde los ejes principales de las intervenciones fueron: conocer la cantidad de personas y perros afectados, limitar el número de perros por familia a través de impuestos, evitar alimentar con vísceras crudas a los perros, informar a la población sobre la enfermedad y los modos de contagio, inclusión de la temática en los libros de texto de todas las escuelas, uso en los perros de una purga para la eliminación de los parásitos. Incluía la construcción de los primeros mataderos higiénicos y la promoción de la faena sanitaria de ovinos, desalentando la domiciliaria (Turnes, 2016). Este programa fue la base para las acciones en otros países: Australia (1885), Nueva Zelanda (1950), Tazmania (1962), Uruguay (1879), Argentina (1906) y Chile (1949) (Pérez Fontana, 1949).

En nuestro país es recién a partir de 1940 que se logra el interés científico y sanitario mediante médicos y veterinarios, dando inicio a la aplicación de políticas sanitarias. En la misma década se crean institutos y asociaciones relacionadas con la hidatidosis: Instituto de Hidatidología y Asociación Internacional de Hidatidología, realizando los primeros congresos (Valobra, 2007).

El contexto nacional de la época estaba inmerso en las concepciones del Estado de bienestar donde la salud aparecía como derecho y bien social, con un enfoque de base biológica de las enfermedades y con énfasis por aspectos clínico-terapéuticos pero traccionando hacia una mirada social con acciones preventivas relacionadas con las condiciones socioeconómicas más estructurales que requería de intervenciones conjuntas desde diversos campos disciplinares e institucionales, inicialmente direccionada a las poblaciones urbanas por el desarrollo industrial de la época. (López 2010). En estos nuevos contextos políticos el médico sanitarista Ramón Carrillo crea en 1948 el Plan Analítico Nacional de Salud Pública dependiente de la Secretaría de Salud Pública que dotaba de infraestructura a hospitales, centros de higiene y dispensarios, ofreciendo garantías legales para los problemas sociales y atacando enfermedades endémicas como lo eran las zoonosis. En este marco, la provincia de Buenos Aires inicia el 1er programa de lucha contra la hidatidosis (1948), resultando en una de las líneas de acción características del gobierno de la época que logra incorporar a la población rural como sujeto de las políticas estatales, a través de un poblador rural considerado en la “*miseria, ignorancia y enfermedad*” pero que requería de “*opulencia, conocimiento y salud*” como sostén del modelo agrario por venir (Valobra, 2007:1358).

Estos marcos político-sanitario repercutieron en el sur del país dando origen a los programas de Lucha contra la hidatidosis en Neuquén y Tierra del Fuego en los inicios de la década de 1970 y en Río Negro y Chubut a inicios de 1980, con base en las estructuras sanitarias de la época (Denegri et al., 2002), y con enfoque biológico y en la epidemiología con base en los factores de riesgos¹ individuales (López, 2010).

Política sanitaria rionegrina

Río Negro oficializa su provincialización en el año 1957. En 1959 mediante la Ley N° 60, se da inicio al modelo de regionalización de la salud mediante la creación del Consejo Provincial de Salud Pública (CPSP), un ente autárquico dependiente del Ministerio de Asuntos Sociales responsable de ejecutar la política sanitaria dictada por el Poder Ejecutivo (Maldonado y Gomiz Gomiz, 2012). Sus funciones se encontraban organizadas en 5 ejes: *la protección de la salud* con acciones más relacionadas al control; *el fomento de la salud* en relación a acciones de protección de las personas; *la reparación de la salud* vinculadas a los servicios de atención; *las funciones generales* en relación a los servicios que acompañan la atención médica; y *los servicios auxiliares* con tareas de apoyo estadístico-administrativo-contable. Estaba integrado por un presidente designado por el ejecutivo, un secretario ejecutivo con un perfil preferentemente sanitarista, los presidentes de cada Consejo de Zona Sanitaria, un representante de los trabajadores de la salud, un representante designado por la Federación Médica (sector privado) y un representante designado por la Confederación General del Trabajo (CGT).

La organización territorial se realizó a partir de la figura de las Zonas Sanitarias, siendo inicialmente 4 y llegando hasta 6: Atlántica, Valle Medio, Alto Valle, Andina, Línea Sur y más tarde la separación de Alto Valle en Este y Oeste. En cada zona se conformaba un Consejo Zonal de Salud, integrado por un presidente designado por el ejecutivo, los directores de los hospitales, tres representantes de las municipalidades de la zona y un representante de los trabajadores de la salud. A su vez en cada hospital

¹ Los factores de riesgo se definen como las características o atributos de una persona, que incrementan la probabilidad de ocurrencia de un evento, en este caso la hidatidosis.

cabecera de zona se conformaba un Consejo Hospitalario de la Comunidad del que participaba el director del Hospital en la presidencia, un representante por municipio y/o comisión de fomento y un representante por los trabajadores. Siempre las funciones estaban relacionadas al acompañamiento en la conducción de cada zona/ hospital y a la búsqueda de financiamientos alternativos. (Ley 60/59, 2034/85, Ley 4597, material inédito)

A principios de 1970 y con el regreso de la democracia, la provincia, adopta la decisión de encuadrar la conducción de una manera descentralizada del Estado Provincial, fortaleciendo el modelo de autarquía administrativa del sector público. La etapa más destacada del modelo se logra durante el gobierno de Mario Franco y su Plan de Salud mediante la conducción del Dr Alberto Dal Bó, vigente entre 1973 hasta la intervención militar en 1976. Este Plan promovía el derecho a la salud de la totalidad del pueblo rionegrino, adecuando la capacidad instalada y los recursos humanos para aumentar la cantidad y calidad de las prestaciones de salud gratuita, igualitaria, integradas, oportunas y continuas (Maldonado y Gomiz Gomiz, 2012). Se modificó la relación médico laboral mediante la dedicación exclusiva, se ampliaron al 100% los presupuestos hospitalarios, se desarrollaron programas focalizados para grupos vulnerables y de riesgo, se trabajó sobre la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud física y mental mediante la apertura de los hospitales a los territorios, se fortaleció la formación de médicos y enfermeros, se intensificó la vigilancia, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas ambientales. El plan promovió también un Programa de Salud Rural con actividades de prevención y promoción implementadas mediante la figura del agente sanitario, logrando definir sus acciones, tareas formación y equipamiento (manual, metodología de trabajo, ronda sanitaria, formularios básicos, conocimiento geográfico y territorial), figura que recién logra jerarquizarse profesionalmente y reconocerse con instancias de formación terciaria a partir del año 2010 mediante la ley 4597 y en 2023 con la ley 5659. En ambas leyes las funciones que competen a las y los agentes sanitarios son las mismas: la visita domiciliaria, la promoción y prevención de todas las actividades de las políticas de salud, en especial la maternidad e infancia, el apoyo en el control del niño sano, la educación para la salud, la promoción de hábitos y conductas saludables, el control de enfermedades endémicas prevalentes en su comunidad, de las enfermedades crónicas no transmisibles y del saneamiento ambiental.

El Plan de Salud se vio truncado por el golpe cívico-militar-eclesiástico de 1976 y el CPSP quedó intervenido hasta la recuperación de la democracia en 1983. A pesar del panorama desolador, se logró dar continuidad al fortalecimiento de las acciones rurales y se reconoció a la Atención Primaria de Salud (APS) como la puerta de entrada a un sistema de complejidad creciente que buscaba aumentar la cobertura, organizar el territorio mediante las áreas programáticas y organizar los hospitales y centros de salud para fomentar la relación entre niveles de atención (Maldonado y Gomiz Gomiz, 2012). Se definió que la APS contaría con una unidad de organización en todas las Áreas Programas con rango no inferior a la jerarquía de Departamento en los hospitales de complejidad VI o División para los hospitales de complejidad III y IV, pudiendo ser ejercida esa conducción por cualquier técnico o profesional de la salud (Manual de agentes sanitarios). En el mismo periodo se introdujeron los conceptos ambientales a través del fortalecimiento del saneamiento básico, los alimentos y las actividades relacionadas con las problemáticas en torno a los animales y las personas. En 1978 se definió la contratación de un veterinario para armar el 1er Programa Provincial de Hidatidosis y otros profesionales para los demás problemas ambientales. Para esta

década la estructura de salud contaba con Departamentos de Zoonosis, de Química y de Radiofísica.

Tras la recuperación de la democracia en 1983, el sistema sanitario de Río Negro ha transitado por diferentes organizaciones políticas, técnicas y administrativas según los diferentes gobiernos. En 1983 se creó un ministerio de Salud Pública. En 1987 cambió de rango y fue degradado a la categoría de Secretaría de Salud, pasando a depender del Ministerio de Asuntos Sociales. Paradójicamente, en ese contexto se sancionó la nueva constitución provincial (año 1988), que reconoció a la salud como un derecho esencial y universal para el bienestar psicofísico y espiritual. *“La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistirse en caso de enfermedad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación”* (Artículo 59).

En 1991 se dio continuidad a la Secretaría de Salud bajo la misma dependencia. En este periodo de gobierno mediante la ley 2570 y Decreto N° 525, se definió una estrategia de descentralización política, técnica y administrativa del sistema sanitario, con mecanismos de participación y delegación de competencias y funciones mediante el Consejo Provincial de Salud Pública y sus tres niveles organizativos: local (Consejos Locales de Salud), zonal (Consejos Zonales de Salud) y provincial (Consejo Provincial de Salud Pública).

Posteriormente, en 1995 se contrajo el organigrama gubernamental a dos ministerios quedando salud como secretaría dependiente del Ministerio de Gobierno, Trabajo y Asuntos Sociales. En 1999 continuó como secretaría pero dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y a partir de 2003 y hasta la actualidad ha mantenido el rango de Ministerio de Salud. A lo largo del periodo democrático la figura del CPSP fue cambiando, fortaleciéndose y/o debilitándose según las estructuras y el posicionamiento técnico, político y administrativo del ejecutivo. (Leyes de ministerios²).

Estos vaivenes respecto del escalafón ocupado por la cartera de salud a lo largo del tiempo no deben entenderse como meras transformaciones en los esquemas técnicos-burocrático-administrativos, sino también como procesos de disputas presupuestarias, por la asignación de recursos y por la posibilidad de definición de agendas.

En 2014 el Ministerio de Salud planteó un nuevo Plan de Salud, recuperando el Plan de Salud de 1973 y asumiendo a la salud como bien social. Se propusieron dos etapas: de corto plazo (2014-2015) y mediano plazo (2015-2020). Los valores planteados fueron el acceso universal, el aumento de la vida saludable y la equidad, basados en la satisfacción del usuario, al tiempo que se propiciaba un sistema de salud socialmente eficaz y económicamente eficiente. Según manifiesta la “letra del plan”, el mismo asegura el sostenimiento de aquellas acciones específicas vinculadas con enfermedades endémicas de la provincia, como la hidatidosis y el chagas y a su vez contribuye al control de otras posibles fuentes de enfermedades como lo son la provisión de agua, el manejo de excretas y el control y vigilancia alimentaria.

² Las leyes de ministerios, son aquellas leyes que cada gobierno promulga al inicio de su gestión donde consta la organización ejecutiva y política que tendrá su administración, es decir que ministerios y secretarías tendrá durante el ciclo de gobierno.

Programa de Control de hidatidosis en Río Negro

En 1971 la Secretaría de Estado de Salud de la Nación dirigió a las provincias una propuesta de programa de hidatidosis debido a las elevadas tasas de prevalencia, considerándola como una enfermedad unida a las condiciones antropológicas y culturales vigente en los campesinos, típica en los medios rurales. La misma se fundaba en la aceptación de la estrecha relación entre personas y sus numerosos perros. Las acciones que proponía estaban relacionadas a las encuestas serológicas, la posterior confirmación en las personas, la colaboración de todos los hospitales, un censo de perros basado en la visita domiciliaria realizadas por agentes sanitarios, el control de la matanza de ovinos, la desparasitación canina, la incineración de las achuras y la educación sanitaria. En Río Negro, este primer programa fue establecido mediante el Decreto 648, pero justificado en cuestiones presupuestarias solo se aplicaron las acciones relacionadas con la educación sanitaria, mediante la creación de una comisión interministerial poniendo a disposición los técnicos, agentes, inspectores, docentes y auxiliares que ya conformaban el personal de las diferentes áreas y consejos.

Fue 8 años después, con el impulso de los trabajadores del Plan de salud de 1973, que lograron que el Gobierno implemente en 1979 un Programa de Control de la hidatidosis, contando con el apoyo técnico de Centro Panamericano de Zoonosis. Se lo planificó en dos etapas: la primera de 1979-1988 y la segunda de 1989-1998. Se aplicó durante la primera etapa en cuatro departamentos ubicados al sud-oeste de la provincia: Bariloche, Ñorquinco, Pilcaniyeu y 25 de Mayo, cubriendo una superficie de 51.479 km²; llegando en la 2da etapa a 120.013 km² al incorporar a los departamentos 9 de Julio y Valcheta. El programa se planifica sobre la estrategia de la APS, definiendo su instrumentación a partir de criterios de programación local participativa y descentralización de las actividades de forma tal que los problemas pudieran ser identificados por la propia comunidad que sufre la enfermedad, con una fuerte articulación entre sectores de las aéreas programáticas para alcanzar una máxima extensión de cobertura y participación de la comunidad en el desarrollo de las tareas. Las técnicas utilizadas eran sencillas y de bajo costo, pudiendo ser realizadas por la población destinataria, con apoyo técnico de trabajadoras/es de la salud (Larrieu et al., 1994; 2000 A).

El proceso se inició con un veterinario y durante el desarrollo de las etapas, se incorporan otros profesionales y técnicos cuya dependencia fue en las Zonas Sanitarias. Se contaba, además, con los 64 agentes sanitarios ubicados en los hospitales rurales y abocados a las actividades de educación sanitaria y promoción de la salud. También se incorporó en San Carlos de Bariloche, un laboratorio de diagnóstico específico para apoyar las actividades de campo (Larrieu et al., 2000 A; Viozzi y De Torres Curth, 2023).

El Programa elaborado tenía objetivos por etapas. Para la primera proponía reducir en un 80% la prevalencia canina, en un 50% la prevalencia de la hidatidosis ovina, en un 50% el número de casos humanos nuevos en la población adulta y en un 100% en el grupo de 0-10 años. La segunda etapa proponía continuar reduciendo las tasas al 0.1 %, para la canina, al 3.0% para la ovina, a 22 los casos nuevos por año en personas adultas y 0 casos en niños. Para lograr esos valores las tareas consistían en un registro e identificación de la población de perros mediante la implementación de carnets de propietarios donde se detallaban las características de cada animal y las desparasitaciones que recibía. Se efectuaba la desparasitación canina con Praziquantel (un antiparasitario) en comprimidos entregados de manera semestral en áreas más

urbanizadas (ciudades y pueblos rurales) y trimestrales en zonas rurales (parajes y población dispersa), llegando a ser bimestral en áreas de alta tasa de reinfección.

Las tareas eran realizadas principalmente por los agentes sanitarios que las agregaron a sus actividades de promoción y prevención de la salud. La instrumentación y ajuste de las tareas era determinado por el equipo de salud de cada uno de los hospitales del área Programática (4 hospitales de complejidad III y 2 complejidad IV), y la supervisión y monitoreo general del Programa era realizado por los profesionales y técnicos. Los veterinarios de salud realizaban una vigilancia canina, mediante la entrega de una purga a los perros (Bromhidrato de arecolina al 1%), que permitía la observación directa de los parásitos. La vigilancia ovina se realizaba en los mataderos provinciales mediante la recolección de datos de infección. Las actividades de atención para las personas consistían en el registro e identificación de los casos, en la organización de los servicios para el diagnóstico, así como las encuestas serológicas y ecográficas para la detección precoz, realizadas por los equipos de los hospitales rurales y/o su derivación a instituciones de mayor complejidad en el caso de requerir intervenciones quirúrgicas. Las actividades de educación sanitaria fueron efectuadas sistemáticamente incluyéndose clases en escuelas primarias e incorporación de la temática en la currícula, así como visitas domiciliarias a población adulta donde se difundían las medidas de prevención. También se hizo uso de los medios de difusión con alcance rural.

La efectividad del programa en cada etapa siempre fue evaluada mediante el uso de las tasas de prevalencia para perros y ovinos e incidencia para las personas. La situación epidemiológica inicial era la siguiente: prevalencia canina de 41,5; prevalencia ovina de 61, los casos humanos nuevos por año eran de 65 con una tasa de 73/100000 habitantes y 10 casos nuevos por año en población 0 a 10 años siendo la tasa de 50/10000 (Larrieu et al., 1994; 2000 A).

Para la primera etapa se logra una disminución del 87,2%, llegando a una tasa de prevalencia canina a 5,3; para la infección ovina, la tasa disminuyó en un 88,5% llegando a 7: el número de casos nuevos en las personas se redujo en un 32,2%, llegando a 42 casos con una tasa de incidencia de 37; y para el grupo de edad de 0 a 10 años, la disminución fue del 76,9% pasando a 3 casos por año con una tasa de incidencia de 13,37. Para la segunda etapa se llega al 2,3 de prevalencia en perros; al 18 de prevalencia ovina, a 29 para la tasa de incidencia en adultos y 5 en el grupo de 0-10. Estas primeras etapas de Programa se caracterizaron por la personalización de la atención lograda, fortaleciendo la relación con el poblador que permitía trabajar con criterios de enfoque de riesgo, ajustando los recursos y actividades en función de las necesidades (Larrieu et al., 1994).

Durante el desarrollo de la segunda etapa del Programa se redactó y sancionó la primera ley que regulariza las acciones y actores relacionados, destacando en su texto el espíritu sanitario y social (Ley provincial 2580 del año 1992 y su decreto reglamentario N° 878 de 1993). Esta ley propuso las mismas acciones planteadas en 1978, destacando el trabajo colaborativo y articulado con comisiones de fomento y otras provincias lindantes, la incorporación de la prevención de la enfermedad en la currícula escolar y la creación de un fondo específico para financiarlo generado por multas, patentamientos caninos y aportes de las arcas provinciales.

Si bien no se encontraba planificada una tercera etapa del Programa es posible interpretar que a partir del año 2000 se inició una nueva etapa con la sanción de la nueva ley de hidatidosis (Ley 3480, reglamentada mediante el decreto N° 575 en el año 2002) vigente hasta la actualidad. Esta ley acompaña las organizaciones técnico-

políticas-administrativas que la provincia fue atravesando dando marco a las nuevas estructuras organizacionales del área de Zoonosis, profundiza en detallar el origen del nuevo financiamiento, resalta el trabajo mancomunado con los municipios, y destaca, en sus primeros artículos, el diagnóstico precoz y tratamiento de las personas dando sentido a las tecnologías incorporadas en esos últimos años y que favorecieron las acciones sanitarias. Se incorpora la ecografía abdominal como prueba tamizaje para la búsqueda activa de casos asintomáticos, principalmente en menores de 15 años; el tratamiento con un antiparasitario (albendazol); el seguimiento y observación ecográfica en casos asintomáticos de acuerdo a las características del quiste (Salviti et al., 2015). Estas acciones quedan formalizadas en las Normas de Diagnóstico y Tratamiento de la Hidatidosis Humana en sus versiones 2001, 2009 y 2018.

Para el caso de los animales, en los perros, se reemplaza el uso de la purga y se incorpora el concepto de vigilancia predial (del campo) mediante la incorporación de técnicas que permitieron identificar la contaminación de los establecimientos ganaderos con huevos del parásito y en los ovinos se desarrolló un plan para la aplicación de la vacuna EG95 (Pérez et al., 2006; Labanchi et al., 2022), tecnologías que continúan vigentes hasta la actualidad.

Hasta el año 2000 la dependencia técnica y administrativa del personal que implementaba el Programa correspondía a las Zonas Sanitarias y al nivel central. Es así que los veterinarios, técnicos, personal administrativo y de servicios pasaron a las URESA, nuevas unidades creadas bajo la dependencia de la Dirección de Áreas Prioritarias. Este cambio se fundamentó en la necesidad de fortalecer el desarrollo de las actividades técnicas no vinculadas a las prácticas hospitalarias y formalizar la totalidad de las acciones y tareas que venían realizando estas/os trabajadoras/es. En 2004 se elaboraron las primeras misiones y funciones para el Primer Nivel de Atención (PNA), incluyendo al Departamento de Zoonosis y las URESA. Entre sus funciones de detalla explícitamente la aplicación de la ley de hidatidosis (N° 3480) y la programación, coordinación y supervisión de las acciones de control de los alimentos y las zoonosis prevalentes, con especial referencia a hidatidosis, triquinosis y hantavirus. Para este año eran 25 trabajadoras/es.

Como resultado de la incorporación de las nuevas tecnologías diagnósticas se imposibilita el uso de tasas y porcentajes generales debido a que se cambia de unidades individuales a unidades poblacionales y territoriales. Es así que, a partir de mediados de la década del 2000, los resultados publicados hacen referencia a estudios y tareas realizados en territorios o en trabajos de investigación puntuales. Los últimos datos generales encontrados para Río Negro son: para personas adultas una tasa de incidencia de 7 y 0,2 para menores de 15 años, reflejando una reducción integral de la prevalencia de EQ en todos los grupos de edad del 67,2%, y en el grupo de 6 a 14 años del 78,6%, desde los inicios del programa (Lawson et al., 2020; Sanchez, 2018).

Cabe destacar que las políticas sanitarias en torno de la hidatidosis recién tuvieron un marco regulatorio nacional en el año 2010 mediante una norma técnica y manual de procedimientos que pretendía acompañar principalmente a aquellas provincias que no contaban con Programas fortalecidos. En el año 2011 se creó el Programa Nacional de Control de las Enfermedades Zoonóticas, entre las que se considera la hidatidosis y que formaliza el trabajo articulado entre el Ministerio de Salud de Nación y las provincias con ejes de trabajo conjunto, acompañamiento técnico/científico y algún financiamiento directo a la totalidad de las provincias.

La reconstrucción de las políticas sanitarias en torno de la hidatidosis en distintos contextos institucionales, permite advertir que desde 1800 ha primado un enfoque biologista con fuertes intervenciones basadas en la epidemiología de riesgo, predominando acciones sobre los animales y el uso de expresiones o metáforas bélicas tales como “control”, “erradicación” y “eliminación del parásito”. Estos enfoques, tal como ha sido señalado por diversas investigaciones académicas, pueden tener implicaciones negativas en la percepción pública del problema y en la respuesta a las políticas sanitarias (Gonzalez Gonzalez et al., 2011). En la misma línea Drovetta y Eynard (2011) agregaron que referirse a patógenos como enemigos puede distorsionar la comprensión de las enfermedades promoviendo a su vez una ideología que favorece la militarización del discurso médico, generando sentimientos de miedo y fatalismo que pueden afectar la disposición de las personas a adoptar estrategias preventivas. Al mismo tiempo, el uso de estas metáforas influye en la percepción del riesgo y pueden desviar la atención a factores estructurales de dichas enfermedades, que subyacen, y de este modo contribuyen a reproducir e invisibilizar desigualdades.

Otro aspecto a destacar es que si bien se trata de una política con fuertes bases en los programas de salud rural, la lectura de las fuentes analizadas referencia mayoritariamente a los grandes avances tecnológicos realizados, minimizando el rol desempeñado por los equipos de salud en relación con las personas, que como analizaremos en el capítulo 7, se sirven las más de las veces de tecnologías blandas, en palabras de Merhy et al. (2006), que dan cuenta de las estrategias relacionales y vinculares desplegadas por las y los trabajadores de la salud para comprender, escuchar y generar espacios para el cuidado. Del mismo modo, los nuevos escenarios epidemiológicos del parásito, que involucran a sectores más urbanizados y cercanos a hospitales de mayor complejidad, tampoco son mencionados como destinatarios en la letra de la legislación.

En cuanto a las acciones sanitarias, los programas muestran una fuerte tendencia a la prevención y promoción de la salud, pero las instancias de rehabilitación y reinserción no son descriptas, a pesar de que la hidatidosis es una enfermedad que interfiere con la vida cotidiana y condiciona a las personas en cuanto a las tareas y el trabajo concierne.

En la cantidad y diversidad de programas no se observa, que con el transcurrir de los años, las funciones establecidas para las y los trabajadores de la salud hayan cambiado sustancialmente. Tampoco se han modificado los abordajes propuestos, destacándose el protagonismo que han ganado los animales, principalmente perros y ovejas.

Desde el 1er Programa diseñado en la provincia de Buenos Aires hasta llegar al rionegrino, se puede observar la figura de un Estado que hace un fuerte uso de los discursos en torno a la participación de la comunidad y los aspectos sociales, pero las descripciones utilizadas no permiten visibilizar a las personas que intervienen, haciendo uso de descripciones bastante impersonales (“población adulta” “población general” “niños de 0-14 años” “menores de 15 años”), dificultando comprender quienes integran la comunidad que participa y quienes serían los beneficiarios.

El análisis de las políticas sanitarias en torno de la hidatidosis a lo largo del tiempo realizado hasta aquí, nos permitió observar la preponderancia de un enfoque biologista atado a la impronta de la epidemiología de riesgo, centrada en factores individuales y biológicos, en los cuales el énfasis ha estado en los animales, tanto ovejas como perros, sin dirigir la mirada a la diversidad de personas que podían ser afectadas por el parásito, a sus contextos de vida, de trabajo y a la relación entre éstos.

De ahí, que en el próximo capítulo apuntemos justamente a cubrir esa vacancia, centrándonos en la caracterización de esas personas, tanto en aspectos relacionados directamente a la enfermedad como a sus condiciones sociodemográficas y económicas.

CAPITULO V: Caracterizando a las y los destinatarios del Programa desde el sistema de salud

En este capítulo nos proponemos analizar las características demográficas y sanitarias de las personas que se enfermaron en la Región Andina, utilizando la información brindada por el sistema de salud provincial. Los datos brindados corresponden a las personas notificadas entre los años 2011 y 2021 en el sistema de salud nacional con diagnóstico de hidatidosis, consideradas “caso confirmado” según las Normas de Diagnóstico y Tratamiento de 2009 y 2018, siendo el registro de 180 personas. Se analizaron solamente aquellos que contaban con datos completos respecto de la información demográfica: departamento y localidad de residencia al diagnóstico, edad al diagnóstico, género, hospital de cabecera que siguió el caso, resultando en 159 registros.

Como se explicitó en la estrategia metodológica el lugar de residencia al momento del diagnóstico fue analizado mediante la asignación del tipo de espacio que habitan según sea urbano y rural, acorde a las definiciones que se detallan: ciudades: espacios con más de 2000 habitantes; pueblos rurales que posee entre 500 y 2000 habitantes; micropueblos para aquellos parajes que tienen menos de 500 habitantes y población dispersa para quienes residen en el campo abierto. Las características generales de los espacios relevados, pueden observarse en las imágenes Foto A, B, C y D.

Todas las figuras y tablas que se presentan en este trabajo son de elaboración propia.

Foto A: Espacio con características urbanas, típico de las ciudades cordilleranas de Río Negro. Foto de Gabriela Vazquez. Mayo 2024



Foto B: Espacio con características urbanas y presencia de perros, típico de ciudades cordilleranas de Río Negro. Foto: Gabriela Vazquez. Junio 2024



Foto C: Espacio con características rurales típico de la población dispersa. Foto: Gabriela Vazquez. Diciembre 2023



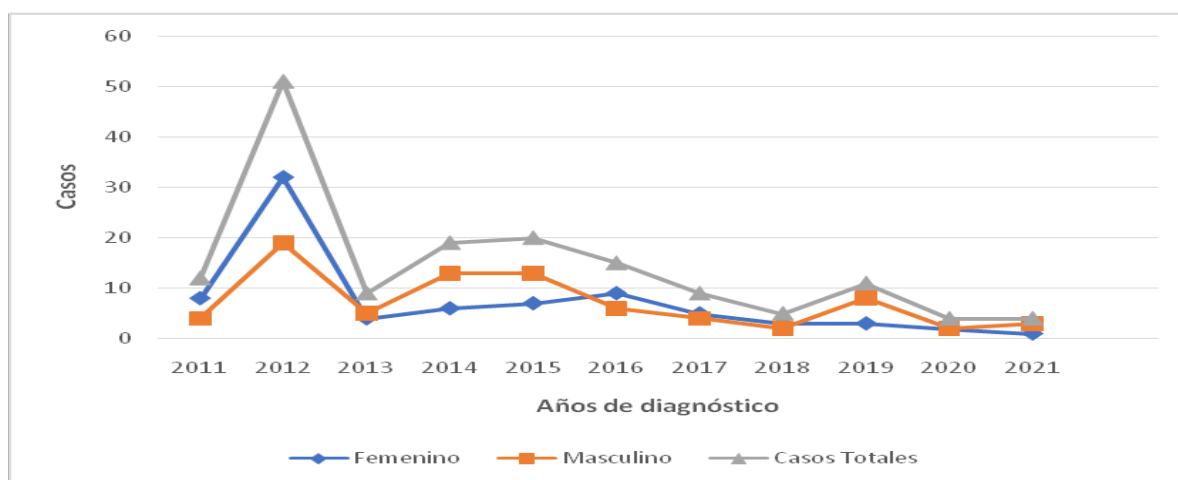
Foto D: Espacio con características rurales típico de micropueblo o paraje. Foto. Gabriela Vazquez. Diciembre 2023



1. Información demográfica y epidemiológica

El análisis de la información provista por el sistema de salud provincial permite advertir que el año del diagnóstico, registra oscilaciones respecto de la cantidad de casos nuevos por año, así el año 2012 registra el mayor número de casos notificados con el 32,07%, le siguen 2015 y 2014 con el 12,57% y 11,94% respectivamente, 2011 con 7,4% y 2019 con el 6,94%. Los restantes años registran menos de 10 casos anuales (Figura 1). Los casos corresponden en igual proporción ($\chi^2= 13,32$; $gl=10$; $p=0,2066$) a ambos géneros, 80 para el femenino y 79 para el masculino. Al cruzar ambos datos se aprecia que el género femenino tiene su pico en año 2012 para disminuir y sostenerse en los años siguientes, en cambio el género masculino, tiene su pico en el mismo año, 2012, pero su distribución es menos uniforme en los años siguientes, con picos más pequeños en 2014, 2015 y 2019 (Figura 2).

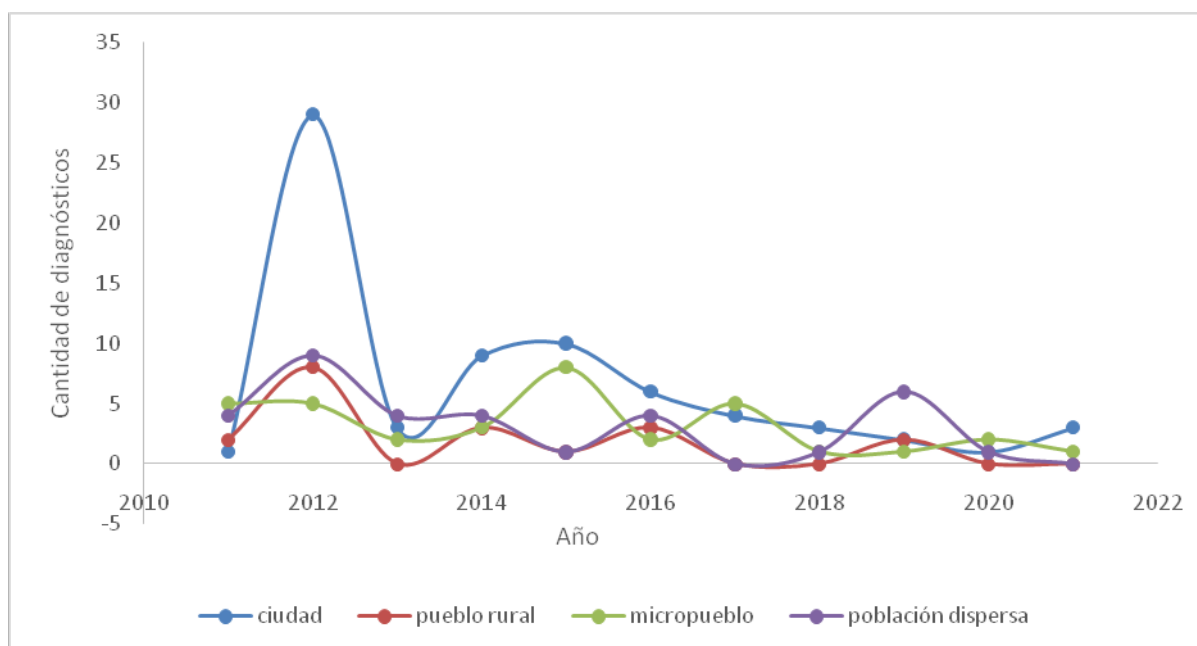
Figura 2: Casos de hidatidosis por año de diagnóstico según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Es importante destacar que al momento de interpretar la variable género, respecto de la distribución de la enfermedad y su relación con el ciclo de transmisión, no logramos encontrar evidencia bibliográfica suficiente, salvo la aportada para la provincia de Chubut donde el género masculino tiene mayores frecuencias (Sandoval et al., 2023) y en la provincia de Neuquén donde del total de infectados, el porcentaje de varones es de 59,4% (Pierangeli et al 2021). Es posible que esta dificultad para profundizar sobre la relación de género e hidatidosis tenga una relación directa con la construcción de la PP que no permite visibilizar a las personas beneficiarias o usuarias, haciendo solo uso de descripciones bastante impersonales como “población adulta”, “población general”, “niños de 0-14 años”, “menores de 15 años”, perdiendo información rica en torno del género, y que este fenómeno se refleje en las investigaciones y publicaciones realizadas.

Cuando se cruza año de diagnóstico con el espacio que habitan las personas, se aprecia que en 2012 la ciudad aportó la mayor cantidad de casos, disminuyendo progresivamente en los siguientes años, similar distribución se da en el pueblo rural; por su parte, el micropueblo tiene su mayor cantidad de diagnósticos en 2015, y la población dispersa hace pico en 2012 y en 2019 (Figura 3).

Figura 3: Espacio que habitaban al diagnóstico las personas con hidatidosis, según año de diagnóstico. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro



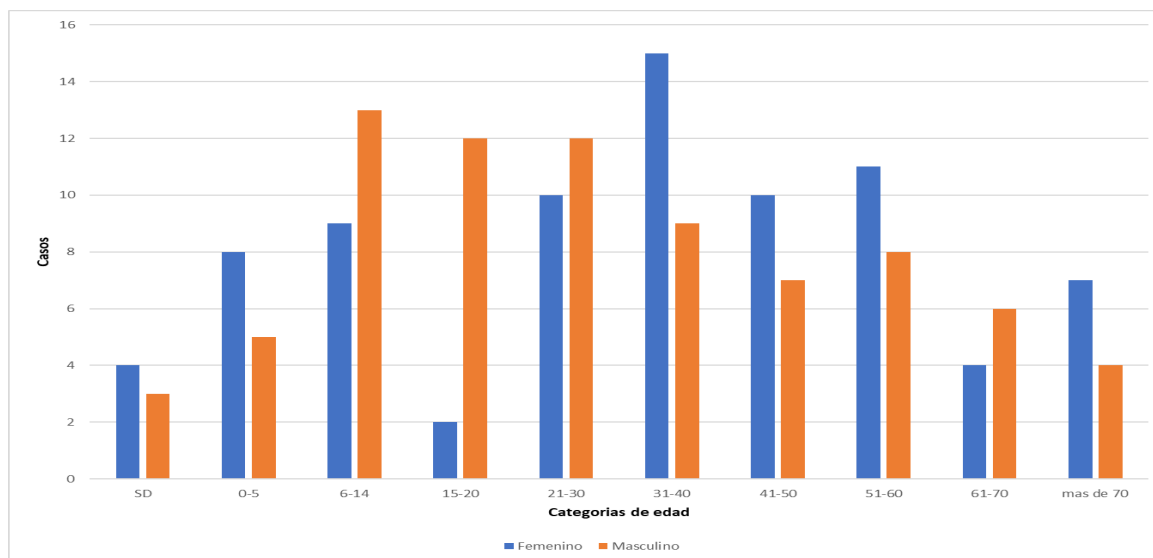
La mayor cantidad de casos en ámbitos urbanos corresponden principalmente a El Bolsón. En el área de población dispersa el pico de diagnóstico corresponde al departamento Ñorquinco, coincidente con el desarrollo de un Proyecto de investigación denominado PERITAS³ realizado en su totalidad en el espacio rural de los departamentos de Ñorquinco y 9 de Julio (Uchiumi et al., 2021), de ahí que pueda

³ Proyecto de Investigación internacional PERITAS: destinado a efectuar investigaciones sobre hidatidosis con el objetivo de crear capacidades para la prevención de esta enfermedad. Se desarrolló en Río Negro durante 2019 y participaron el Ministerio de Salud de Río Negro, la UNRN, el Instituto Superiore di Sanità de Italia, el Instituto de Salud Carlos III de España, la Universidad Austral de Chile y la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

suponerse que el aumento de casos diagnosticados se encuentre relacionado con alguna acción concreta de este programa como lo fue el Proyecto PERITAS, aunque la corroboración de dicha hipótesis merecería un estudio particular.

Respecto de la edad, entre los 0 y 14 años se registran 35 casos, entre 15 y 60 años 96 casos y en mayores de 61 años 21 casos. En la Figura 4 mostramos los datos de género con la edad al diagnóstico y se aprecia que el género femenino tiende a tener un desplazamiento hacia la edad adulta (31-60 años), que podría ser coincidente con el desarrollo de los Programas y Planes dirigidos a mujeres en edad fértil que el sistema de salud provincial y nacional desarrollan, lo cual genera mayor accesibilidad al sistema de salud y en consecuencia, más cantidad de consultas en mujeres y mayores posibilidades de diagnóstico. En el género masculino el diagnóstico tiende a estar desplazado hacia los primeros años de vida (6-30 años), situación que Sánchez (2018) ha registrado en otras localidades de la provincia de Río Negro con el 44% de varones para ese mismo grupo etario. El análisis estadístico no muestra diferencias significativas de la prevalencia entre las edades ($\chi^2= 12,6$; gl=9; p=0,1814). Cabe mencionar que la bibliografía disponible sobre la enfermedad respecto de grupos etarios y géneros es bastante limitada, encontrando un estudio de provincia de Buenos Aires que describe un número mayor de casos de niños y adolescentes del sexo masculino (59%) (Álvarez et al., 2018). Para este apartado, y dada la escasa bibliografía, no logramos comprender si este fenómeno se debe a una distribución de la población en el territorio, a un mayor acceso de los niños y adolescentes a acciones de cuidado y prevención o a algún otro factor que esté involucrado en torno al ciclo.

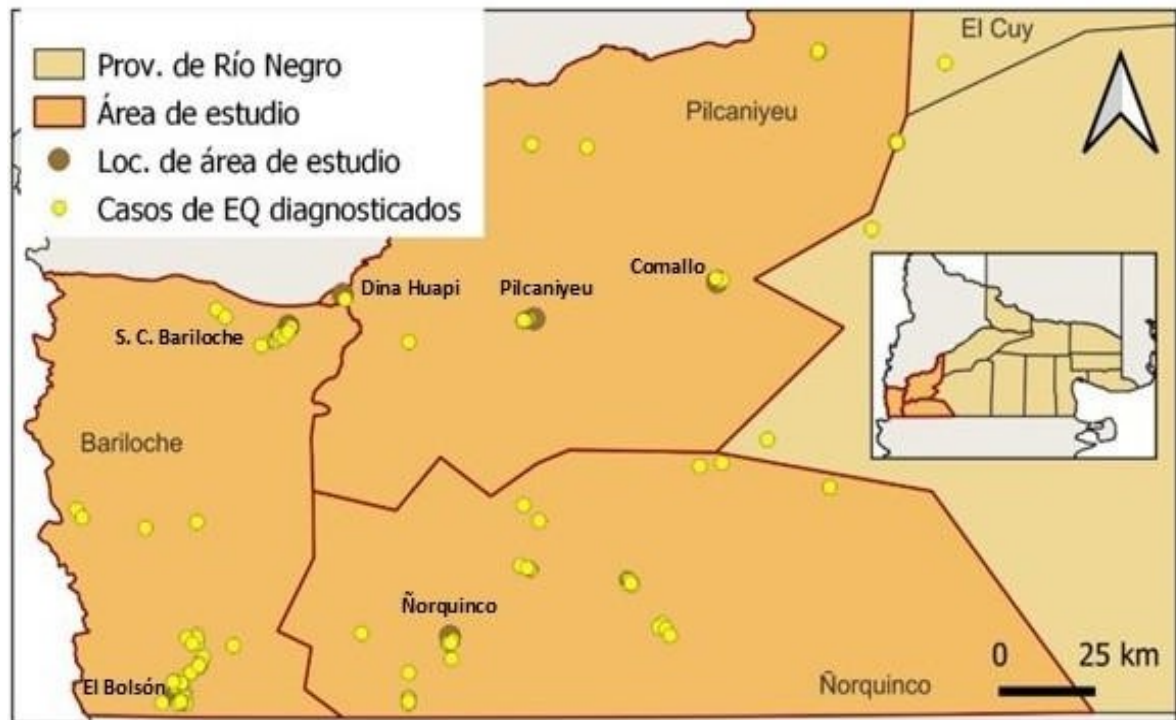
Figura 4: Grupos etarios de las personas con diagnóstico de hidatidosis según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Los departamentos que conforman el área geográfica analizada corresponden a Bariloche, Ñorquinco y Pilcaniyeu y un caso del departamento El Cuy. La distribución según departamento es 54,7% en Bariloche, 23,3% en Pilcaniyeu, 21,4% en Ñorquinco y el 0,6% en El Cuy (Figura 5). Respecto del lugar de residencia de las personas al momento de ser diagnosticadas, las 159 residían en 23 localidades. La mayor cantidad de personas residían en la ciudad de El Bolsón (37,1%) le siguen en importancia San

Carlos de Bariloche (15,1%) y el paraje Río Chico (10,1%). Las otras 20 localidades aportan menos del 5% de los casos cada una.

Figura 5: Mapa de distribución de casos de hidatidosis en el Área Andina de la Provincia de Río Negro. 2011-2021.

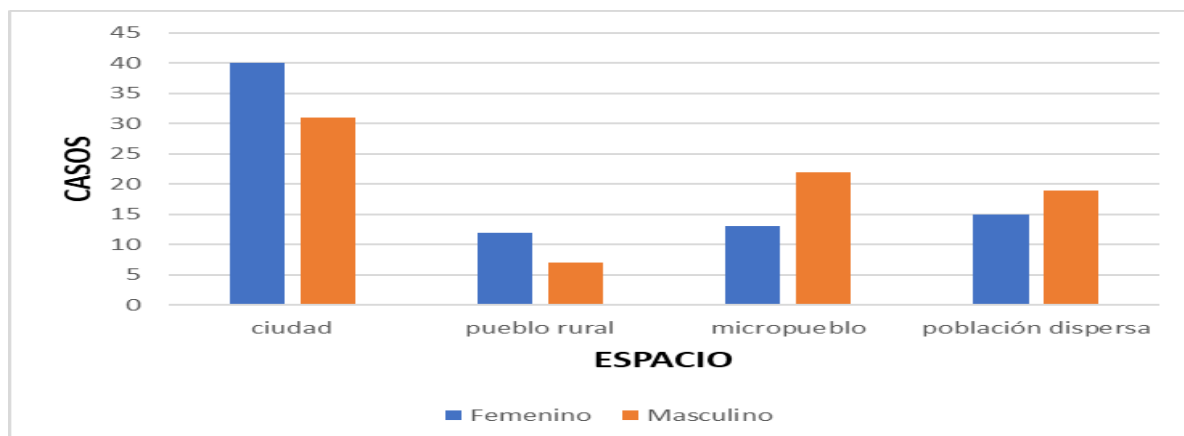


Fuente: Elaborado por Vazquez, Flores, Viozzi. 2024. Provincia de Río Negro y detalle del área de estudio. Uso la herramienta Proyecto QGIS, 2023. QGIS 3.8 Firenze. Sistema de Información Geográfica QGIS. Open Source Geospatial Foundation. (URL <http://qgis.org>)

El departamento de Bariloche es el que más casos aporta, coincidente con la presencia de las ciudades de San Carlos de Bariloche y El Bolsón donde residen la mayor cantidad de casos diagnosticados. Estas ciudades son las más grandes de la región y cuentan con la mayor densidad poblacional (superior a 1000 hab/km²) y resultan en uno de los principales centros de atracción y migración entre las otras ciudades intermedias de la Patagonia (Matossian, 2015). En un trabajo donde se entrevista a personas con diagnóstico de hidatidosis en la ciudad de Bariloche, se encontró que todos los entrevistados tenían alguna vinculación con la zona rural, sea porque residían en la actualidad o residieron en el pasado o por la circulación del campo a la ciudad en el presente (Mujica et al., 2017). Estos procesos de migración fueron descriptos por motivos políticos, laborales, familiares, por mejoras en la calidad de vida, por acceso a la tierra y la vivienda o por la búsqueda de distintas redes sociales de sostén (Perner y Alazraqui, 2021). Si bien esta tesis no cuenta con la información de las personas y sus vínculos pasados y actuales con el ámbito rural, el hecho de que haya tantos casos en el área urbana abre una potencial línea de trabajo tal como sugiere Kabaradjian (2017).

Respecto del lugar que habitaban las personas al momento de su diagnóstico, el 44,7% lo hacían en ciudades y el 55,3% en espacios rurales, de estos el 43,1% habitaban en micropueblos o población dispersa y el resto en pueblos rurales. Al cruzar por género, si bien la diferencia no es significativa ($\chi^2 = 5,24$; gl 3; $p = 0,1523$), los micropueblos y la población dispersa presentan un predominio de varones, en tanto que el género femenino predomina en las ciudades y pueblos rurales (Figura 6).

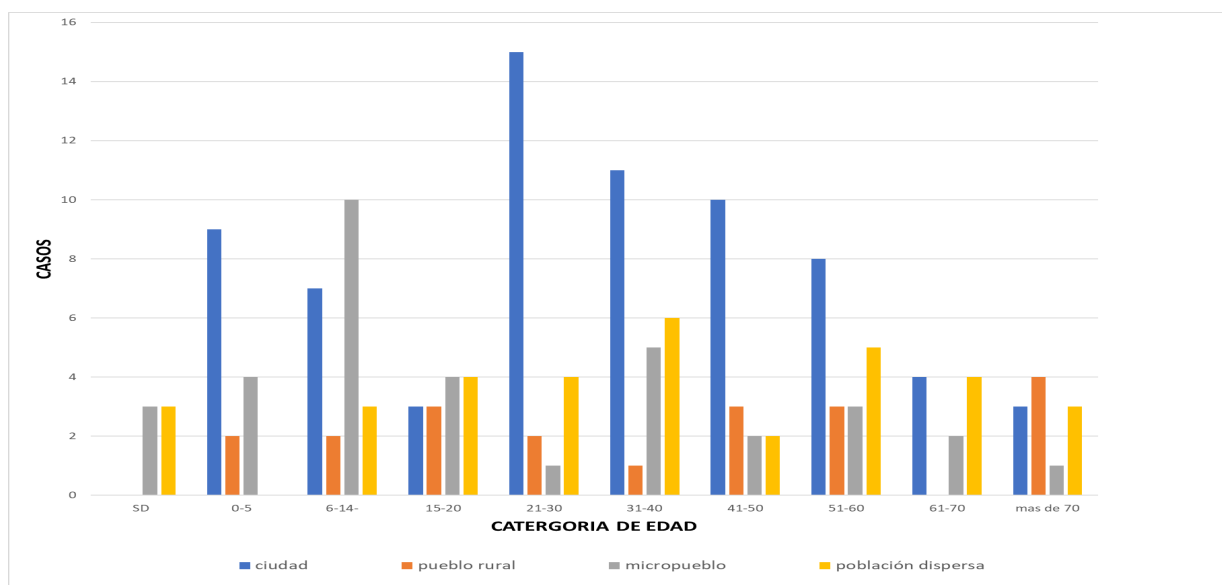
Figura 6: Espacio que habitan las personas con diagnóstico de hidatidosis según género. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Respecto de la distribución de los casos según el espacio que habitaban al momento del diagnóstico, el hecho de haber analizado el ambiente rural en 3 categorías buscó comprender de manera más detallada los procesos que se dan en torno de una enfermedad predominantemente rural, registrándose la enfermedad principalmente en el micropueblo y la población dispersa. Esta mayor distribución en espacio rural podría relacionarse con las características del sistema productivo ovino que se desarrolla en la región patagónica desde 1880 como consecuencia de la extensión de la frontera agraria, donde los hospedadores definitivo e intermediario encontraron un ambiente óptimo para su desarrollo favorecido por las políticas estatales del momento, situación descrita por Vazquez (2019) que relaciona las corrientes de ovinización con la distribución de casos de hidatidosis en la provincia.

El análisis de la edad del diagnóstico y el espacio que habitan no permite observar diferencias significativas ($\chi^2 = 44,3$; gl= 27; $p = 0,193$), registrándose que la ciudad presenta los mayores valores en todas las edades. Se destaca que las personas económicamente activas, entre el rango de 21 a 60 años, tienen mayor distribución en la ciudad. En cambio, en la niñez y adolescencia la mayor cantidad de casos se vincula con el micropueblo y la ciudad. Por su parte, en los ámbitos categorizados como pueblo rural y la población dispersa se presentan casos en todas las edades con una distribución similar (Figura 7).

Figura 7: Espacio que habitaban al diagnóstico las personas con hidatidosis, según grupos etarios. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Lo observado en la distribución del espacio y las edades refleja el entramado de relaciones que se dan entre las ciudades, los pueblos, parajes y el campo como consecuencia del traslado de parte del grupo familiar a los lugares más poblados cuando no se cuenta con los recursos que garanticen las mejoras en la calidad de vida, tal como fuera mencionado en distintos estudios (Gallardo, 2019; Perner y Alazraqui, 2021).

2. Información sanitaria: características de la atención y de la presentación de la enfermedad

El total de casos analizados (159) se atiende y referencia en el sistema público de atención de salud de la provincia, distribuyéndose en 5 hospitales cuya complejidad creciente va de III a VI. Se puede observar que el mayor porcentaje, 41,5%, corresponde a los Hospitales de complejidad III (Hospital de Pilcaniyeu, Comallo y Ñorquinco), siguiendo el Hospital de El Bolsón (40,9%) cuya complejidad es IV y por último el Hospital Zonal Bariloche con la atención del 17,6% y la mayor complejidad (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de casos de hidatidosis según Departamento, Hospital, Nivel de complejidad. 2011 a 2021

Departamento	Hospital	Complejidad	Casos	Porcentaje
Pilcaniyeu	Hospital Area Comallo	III	21	13,2
Pilcaniyeu	Hospital Area Pilcaniyeu	III	12	7,5
Ñorquinco	Hospital Area Ñorquinco	III	33	20,8
Bariloche	Hospital Area El Bolsón	IV	65	40,9
Bariloche	Hospital Zonal Bariloche	VI	28	17,6

El análisis de la información sanitaria relevada en los distintos registros hospitalarios arroja que, de la totalidad de los casos registrados, solo 85 cuentan con toda la información sanitaria (ubicación, cantidad, tamaño de los quistes), es decir que el

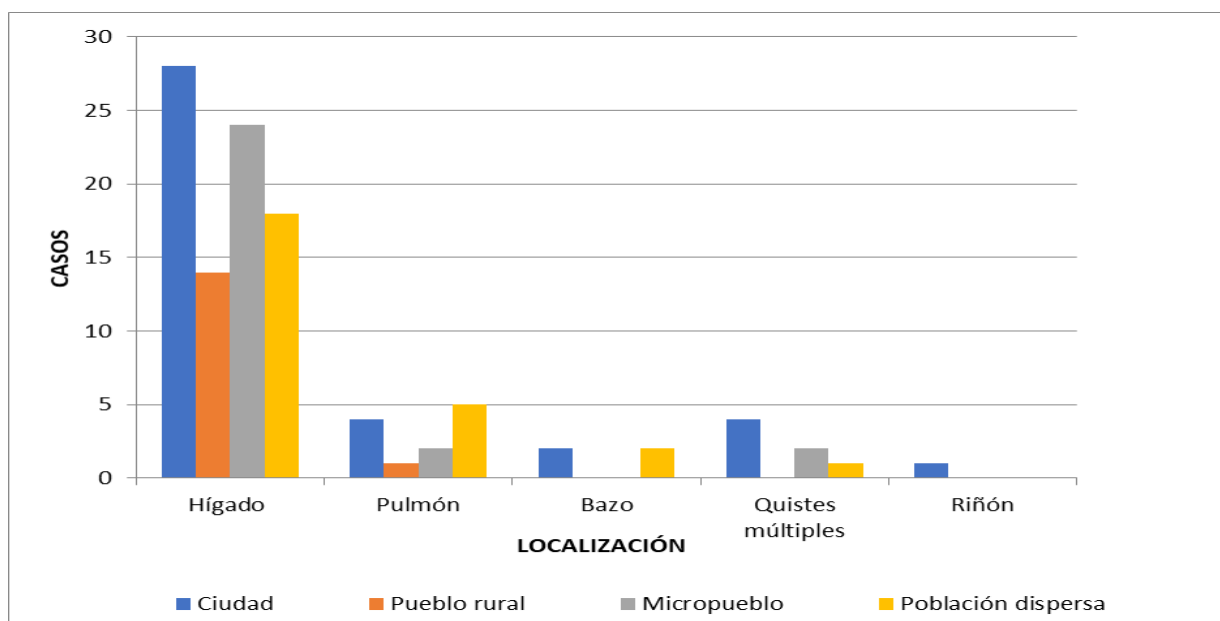
46,54% de los casos pierden parte de la información. Si se disgrega este dato hacia cada hospital, se advierte que el Hospital de Comallo perdió el 33,3% de los registros, Ñorquinco el 33,3%, el de Pilcaniyeu el 41,6%, El Bolsón el 47,7% y el de Bariloche el 71,4%. Los hospitales de complejidad III, presentes en las zonas rurales, son los que tienen más casos a cargo y menor pérdida de información sanitaria. A medida que aumenta la complejidad de los Hospitales (de III a VI) reducen los casos a cargo y aumenta la pérdida de datos sanitarios. Pareciera que los hospitales más alejados de las áreas urbanas y de los sistemas de referencia y contrareferencia sanitaria (Comallo y Ñorquinco), pierden menos información o son más exhaustivos a la hora de registrar. En estos lugares pareciera que la cercanía geográfica y la posibilidad de un mayor acompañamiento a las personas podrían asegurar un mejor seguimiento y control de los casos, al tiempo que mayor adhesión a las normas provinciales de control para esta enfermedad (Normas de diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana, 2009 y 2018 Ministerio de Salud de Río Negro).

La interpretación de los motivos de estas diferencias tan significativas en la pérdida de información entre unos y otros centros sanitarios es sin duda controversial. No obstante, lo cual se pueden aportar algunas hipótesis de trabajo vinculadas por una parte a los procesos de construcción de agendas sanitarias de los centros urbanos, dominadas por problemas tales como la violencia, la contaminación ambiental, el alcoholismo y la desocupación, son más urgentes (Mujica et. al. 2017) y por otra, a percibir los problemas o ciertas patologías como propias de la zona rural o de la zona urbana, perdiendo nuevamente de vista a las personas y sus modos de vida en los cuales ocurren distintos desplazamientos o movimientos. Al mismo tiempo, las huellas de la política sanitaria de la provincia que tuvo una fuerte impronta en la Atención Primaria de la Salud y en la ruralidad desde la década del '70 podrían estar operando aún en la actualidad, habilitando otras formas de cuidado y de ejercicio cotidiano de la profesión.

De los 85 (53,46%) casos que cuentan con la totalidad de la información sanitaria, 40 corresponden al género femenino y 45 al masculino. Si analizamos los 74 casos con pérdida de datos respecto de la edad, 6 (8,10%) no cuentan con datos sobre la edad, 8 (10,81%) están entre el rango etario de 0 a 14 años; 48 (64,86%) entre 15 y 60 años y 12 casos (16,21%) son mayores de 61 años. El análisis de la pérdida de información según la edad, permite observar que los grupos de 0 a 14 años y mayores de 61 años registran la menor pérdida de datos, lo cual podría ser atribuido a la organización del sistema sanitario provincial que favorece el acceso a edades tempranas y a los adultos mayores a través de sus programas: control de niño sano, vacunación y el de enfermedades crónicas.

De los casos diagnosticados el 79,3% corresponden a la ubicación hepática, seguida por la pulmonar con el 8% y el resto (12,6%) en bazo, riñón y quistes múltiples (hígado y pulmón). En cuanto al tamaño del quiste, el 67,8% tuvieron menos de 10 cm y el 32,2% midieron más de 10 cm. Al cruzar este dato con el género no se observaron diferencias significativas ($\chi^2 = 1,34$; gl= 1; p= 0,2477). Cuando se analiza la ubicación del quiste respecto del espacio donde habitan, la presentación hepática predomina sobre las demás y en todos los espacios, sin diferencias significativas ($\chi^2 = 10,98$; gl= 12 p= 0,5306) (Figura 8). El desarrollo de los quistes, en cuanto a su número, ubicación y tamaño, coincide con el ciclo epidemiológico de la enfermedad detallado en la bibliografía (Larrieu et al., 2000 B) y respecto del espacio que habitan no se observa ninguna asociación que pudiera estar influyendo con la biología del parásito.

Figura 8: Espacio que habitaban al diagnóstico las personas con hidatidosis, según la localización de quistes. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Respecto del tamaño del quiste y la cantidad de controles respecto del espacio que habitan, no se observan diferencias significativas ($\chi^2 = 1,0$; gl= 3; $p = 0,8006$ y $\chi^2 = 14,85$; gl= 21; $p = 0,8303$ respectivamente). Teniendo en cuenta que según las Normas de diagnóstico las personas deberían haberse realizado entre 8/9 controles en 5 años y llegar a 9/10 controles durante los 10 años posteriores al diagnóstico (Ministerio de Salud R.N. 2009; 2018), el dato a destacar es que el 42,6 % de los casos no registró controles posteriores al inicio del tratamiento o seguimiento, el 23,49% presentó entre 1 y 3, el 10% tuvieron más de 5 controles y solo 1 persona logró completar la totalidad de 10 controles siendo similar la situación en los 4 espacios. Si analizamos específicamente los 63 casos diagnosticados en 2011 y 2012, y ya deberían haber cumplido con la totalidad de los controles, registramos 42 personas con 1 o ningún control (66,6%).

Todas las observaciones realizadas en base a la información demográfica y sanitaria nos permiten identificar grupos de personas y lugares de residencia críticos, a los que se podría llegar con una estrategia de intervención focalizada, favoreciendo las acciones de cuidado en áreas reducidas, captando las complejidades inherentes al nivel local y resultando más apropiadas en comparación del análisis en grandes áreas, tal como fuera propuesto por Perner y Alazraqui (2021). Los mismos autores reflexionan sobre cómo las desigualdades en salud generan diferentes oportunidades de disfrutar de los avances científicos y tecnológicos y cómo esto se relaciona con las diferentes posibilidades de exposición a los factores que determinan la salud y la enfermedad. En consecuencia, pareciera que la pérdida de controles se encuentra asociada a la comprensión de los procesos sociales que determinan desigualdades en el espacio social en el cual transcurre la vida. Desde el sentido común, tenderíamos a pensar que en los hospitales de mayor complejidad con acceso a mejores y más diversas tecnologías, la información sanitaria y los controles de las personas resultarían más ágiles y eficientes, situación que los datos observados no demuestran, sino que, por contrario, parecieran resultar en obstáculos para garantizar el derecho a la salud de las personas con hidatidosis.

En el presente capítulo hemos utilizado la información generada mediante el sistema integrado de información sanitaria argentino, a los fines de analizarla y caracterizar epidemiológicamente a las personas. Esta información será complementada con los datos del Censo 2010, a los fines de profundizar en el análisis del contexto de vida de las personas destinatarias del programa, pero desde sus aspectos socioeconómicos.

CAPITULO VI: El territorio de la hidatidosis y sus desigualdades

En este capítulo abordamos la información sobre los aspectos socioeconómicos de las personas. Se utilizaron como base los mismos registros de notificación del Capítulo V, junto al espacio que habitan y el Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas de 2010 (INDEC, 2010), mediante la asignación a cada persona de un radio censal (RC) dentro del cual se ubica el domicilio de residencia al momento de ser diagnosticada. En este trabajo, un mismo RC puede abarcar a diferentes espacios habitados, situación que dificultó, en algunos momentos, la interpretación de los datos y una manera indirecta de acceder a esa información.

Al analizar la distribución espacial de la totalidad de casos diagnosticados se observa que se encuentran distribuidos en 52 RC de la región andina. Siguiendo el mismo criterio analítico, a la distribución de casos por radios censales le incorporamos la distribución del espacio que habitan, quedando 73 casos que habitan en la ciudad y se distribuyen en 33 RC (63,5%); 19 casos lo hacen en los pueblos rurales en 5 RC (9,6%); 33 casos habitan en micropueblos en 6 RC (11,5%) y 34 casos corresponden a la población rural dispersa en 8 RC (15,4%). Los 86 casos del espacio rural de la región se distribuyen en el 36,5% de los RC. Es oportuno señalar que esta distribución de los casos con predominio en RC urbanos posiblemente esté relacionada con la manera en que el INDEC conforma los RC en base a la cantidad de viviendas. Para los urbanos propone un promedio de 300 viviendas, para los bordes de localidades urbanas alrededor de 200 viviendas, en localidades aisladas unas 100 y en zonas rurales se determinan por las características del terreno, la accesibilidad y la distancia entre las viviendas (INDEC 2015). En este trabajo, un mismo RC podía abarcar a diferentes espacios habitados, tal cual el ejemplo del Barrio Luján de El Bolsón que incluye al espacio de la ciudad y a población dispersa.

Los datos del apartado de información sociodemográfica están analizados cruzando RC y lugares que habitan. Para el resto de los apartados se incorpora NBI como indicador de análisis.

1. Indicadores sociodemográficos

La densidad presenta los siguientes valores: 53,85% de los RC tienen más de 1000 habitantes/km² y corresponden a las áreas urbanas donde se registraron 48 casos; 25% de los RC tienen entre 1 y 999 habitantes que corresponden al espacio de la ciudad (6 RC), pueblo rural (6 RC), micropueblo (1 RC) y población dispersa (3 RC), registrándose 59 casos; el 21,15% de los RC cuenta con menos de 1 habitante y corresponden a áreas rurales con 52 casos. El uso de la noción de densidad poblacional nos permite comprender que la conformación del espacio de la región acompaña las observaciones realizadas por Perner y Alazraqui (2021) respecto de las migraciones rural/urbano, notándose que los pueblos rurales y las cercanías de las ciudades son los que han incrementado su densidad.

Continuando con el análisis de los indicadores por RC, las personas con hidatidosis en la región andina habitan en RC que tienen una tasa de actividad promedio mayor a 69. En la ciudad el valor promedio es 72,5; en pueblo rural 62,8; en micropueblo 61,5 y en población dispersa 64,3. El valor de la tasa de desocupación promedio para los RC con personas con diagnóstico de hidatidosis es de 6,3; siendo este valor de 8,2 en los

ámbitos urbanos, 5,7 en pueblo rural, 1,26 para micropueblo y 2,6 para población dispersa. En una investigación reciente, Caruso (2020) describe que las personas que enferman de hidatidosis pueden verse directamente impactadas en el acceso a algunos empleos temporarios o al abandono de actividades que demandan esfuerzo físico, como resultado de los síntomas producidos por los quistes o por las secuelas de las cirugías realizadas como parte de los tratamientos, generando distintos grados de discapacidad que modifican la vida cotidiana de quien la padece. Pareciera que la hidatidosis en la región en estudio, podría distribuirse en barrios y/o lugares que aportan una alta cantidad de personas económicamente activas que forman parte del mundo laboral afectando su desempeño laboral e impactando en el mercado del trabajo.

2. Datos de población

Para el apartado B y C incorporamos al análisis el NBI y se hizo uso de aquellas variables que la bibliografía considera tienen relación con las condiciones de vida y la transmisión del ciclo de las parasitosis (Gamboa, 2014). El NBI permite la delimitación de grupos de pobreza estructural, como cúmulo de privaciones materiales esenciales, y representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada únicamente como insuficiencia de ingresos. A los fines de operativizar su uso, en esta tesis, se definen 5 niveles: Bajo: para RC que tienen 4,99% o menos de hogares con NBI, Medio/Bajo: para los que están entre 5 y 9,99%, Medio: los que cuentan entre 10 y 14,99%, Medio/Alto: con valores entre 15 y 24,99% y Alto: los que cuentan con más de 25% Anexo 1.

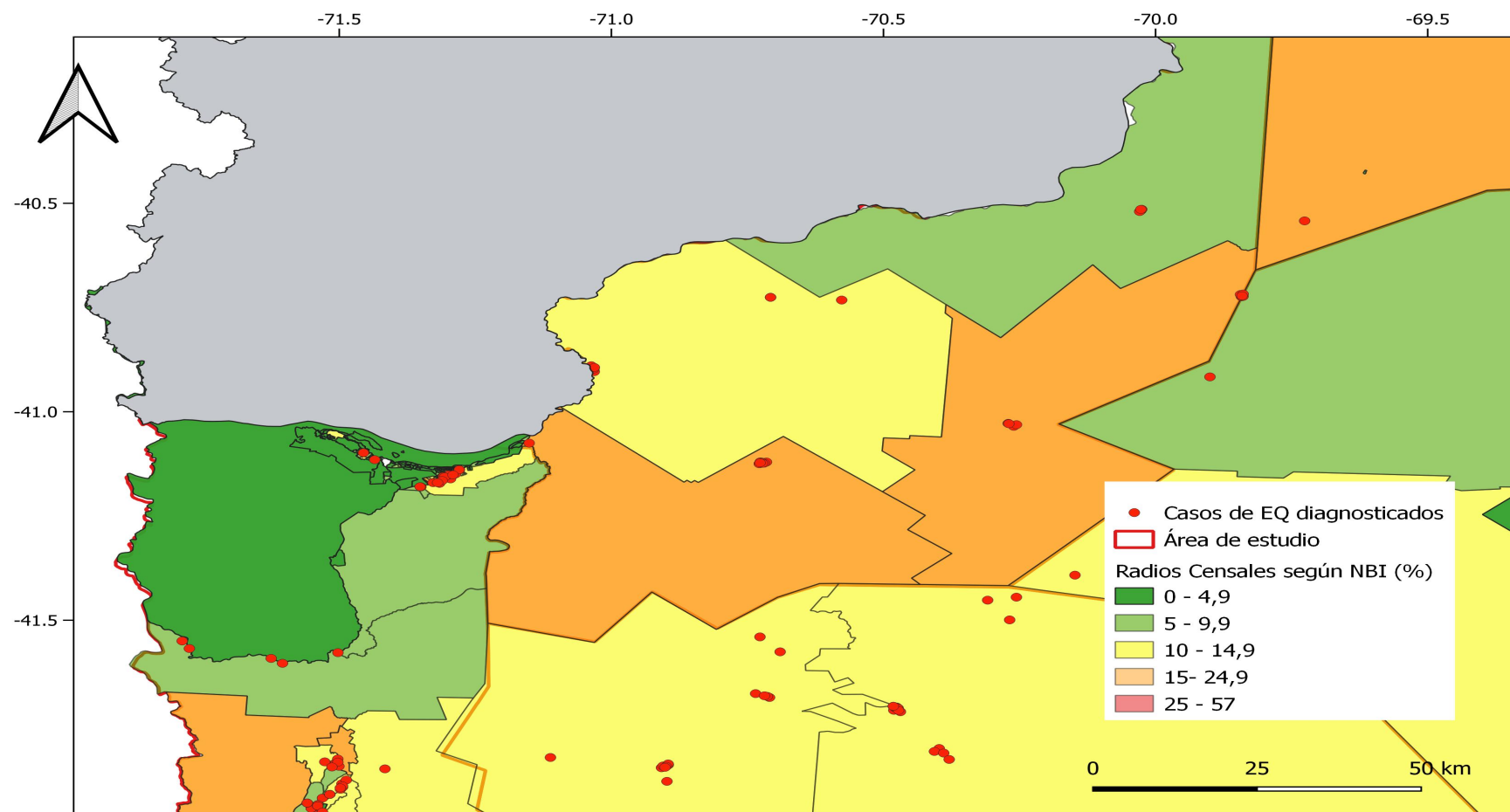
En la Tabla 2 se detallan la cantidad de casos y de RC según el nivel de NBI y el espacio que habitan. En el pueblo rural y micropueblo no hay población con NBI Bajo y en población dispersa no hay nivel Bajo ni Medio/Bajo. Esta situación podría estar atribuida a los problemas estructurales que las áreas rurales presentan en el acceso a servicios como luz, gas y agua por red, entre otros. En la Figura 9, se muestra la distribución espacial general de los casos en el territorio del área andina por RC y NBI. En las Figuras 10 y 11, se muestra la distribución para las ciudades de El Bolsón y Bariloche.

Tabla 2: Distribución de casos de hidatidosis y radio censal según NBI y espacio que habitan. Casos de Hidatidosis Zona Andina R.N. 2011-2021

RC: Radio Censal

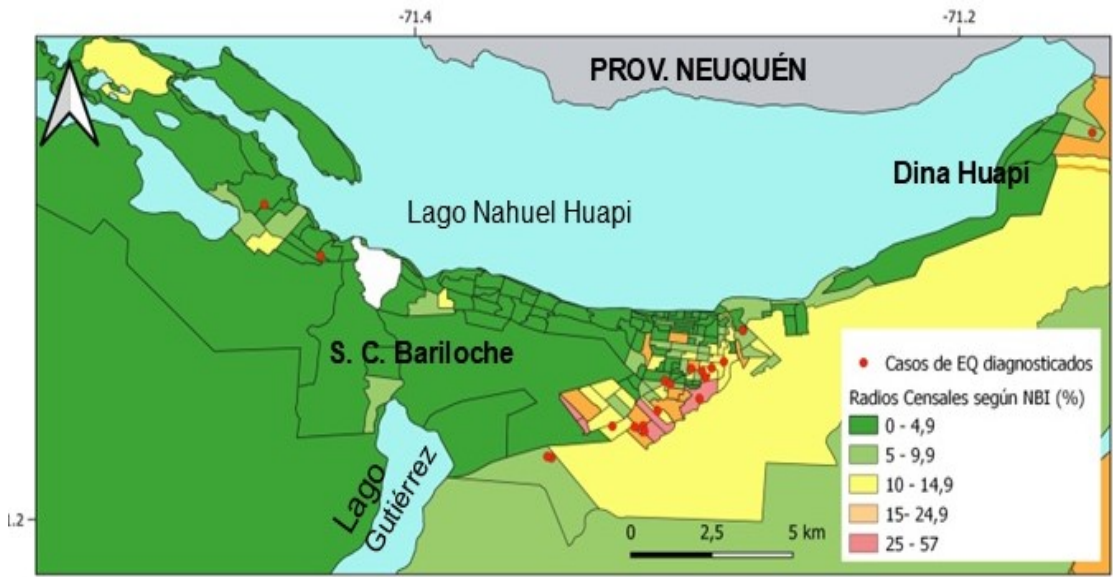
	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	CASO	RC	CASO	RC	CASO	RC	CASO	RC	CASO	RC
Ciudad	7	7	17	6	4	3	28	10	17	7
Pueblo rural	0	0	6	1	5	2	7	1	1	1
Micropueblo	0	0	0	0	7	2	17	2	4	1
Pob Dispersa	0	0	0	0	2	1	29	6	3	1

Figura 9: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



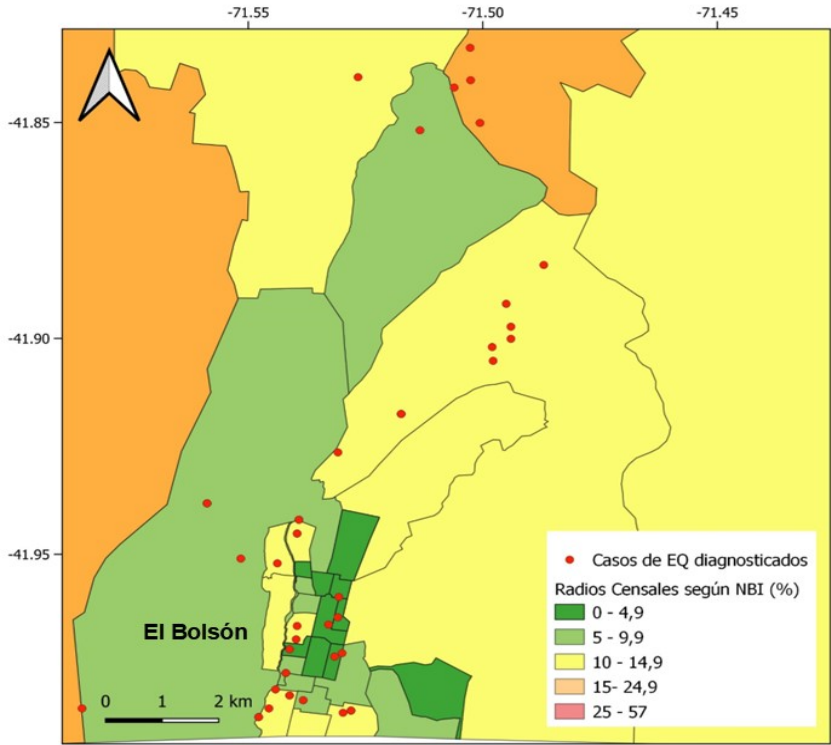
Fuente: Elaborado por Vazquez, Flores, Viozzi. 2024. Distribución de casos de hidatidosis según radios censales y NBI. Uso la herramienta Proyecto QGIS, 2023. QGIS 3.8 Firenze. Sistema de Información Geográfica QGIS. Open Source Geospatial Foundation. (URL <http://qgis.org>)

Figura 10: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI en la ciudad de S C de Bariloche. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro.



Fuente: Elaborado por Vazquez, Flores, Viozzi. 2024. Distribución de casos de hidatidosis según radios censales y NBI en San Carlos de Bariloche. Uso la herramienta Proyecto QGIS, 2023. QGIS 3.8 Firenze. Sistema de Información Geográfica QGIS. Open Source Geospatial Foundation. (URL <http://qgis.org>)

Figura 11: Mapa de distribución de los casos de hidatidosis según RC y NBI en la ciudad de El Bolsón. 2011 a 2021. Región Andina de Río Negro



Fuente: Elaborado por Vazquez, Flores, Viozzi. 2024. Distribución de casos de hidatidosis según radios censales y NBI en El Bolsón. Uso la herramienta Proyecto QGIS, 2023. QGIS 3.8 Firenze. Sistema de Información Geográfica QGIS. Open Source Geospatial Foundation. (URL <http://qgis.org>)

Dando continuidad al análisis, los porcentajes por género por RC son del 49,89% para el masculino y 50,11% para el femenino en el espacio urbano. En todo el espacio rural el 56,5% son del género masculino y 43,6% del femenino. Al disgregar este valor, se registra que el género masculino aumenta su porcentaje a medida que se dispersa la población y el femenino disminuye. Al cruzar con NBI no se observan tendencias entre el porcentaje de la población por género y espacio Tabla 3. De manera general la variable es coincidente con la distribución que toma la enfermedad en cuanto al género, siendo similar entre ambos

Tabla 3: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según género de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010.

	Varones					Mujeres				
	NBI Bajo	NBI M/B	NBI Medio	NBI M/A	NBI Alto	NBI Bajo	NBI M/B	NBI Medio	NBI M/A	NBI Alto
Ciudad	48,98	49,85	48,81	50,01	51,13	51,02	50,15	51,19	49,99	48,87
Pueblo rural	0	49,71	46,68	50,73	59,6	0	50,29	53,3	49,27	40,4
Micropueblo	0	61,32	57,08	52,82	58,2	0	38,68	42,92	47,18	41,5
Pob Dispersa	0	0	52,44	61,99	56,16	0	0	47,56	38,41	43,84

En la Tabla 4 puede observarse la distribución por edad, donde los grupos de 0 -14 años y entre 15 y 64 tienen porcentajes similares entre el espacio rural y urbano, pero el grupo de personas mayores de 65 años aumenta con el NBI y a medida que se incrementa la ruralidad y la dispersión de la población. Este fenómeno demográfico en personas mayores está descrito para América Latina y directamente se lo vincula con el aumento de la esperanza de vida, donde crecen las probabilidades de aparición de enfermedades crónicas y degenerativas y una mayor demanda de cuidados (Rodríguez et al., 2020), también es reflejo de las migraciones rural/urbano de parte del grupo familiar, tal como venimos describiendo. En cuanto a la niñez, la distribución urbana y rural es similar, y si bien esta tesis no releva la información sobre el posible lugar de transmisión, distintos estudios realizados describen que la enfermedad se adquiere desde la infancia y en el peridomicilio, y aumenta su probabilidad con los años de residencia en el área rural (Uchiumi et al., 2021). Pareciera que nuestra ruralidad toma perfiles de distribución por edad que llevan al desafío de diseñar estrategias de cuidado focalizadas en la niñez y la adolescencia, así como en las personas mayores, junto a fortalecer las políticas de género rurales.

Tabla 4: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según grupo etario de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

	NBI Bajo			NBI N/B			NBI Medio			NBI M/A			NBI Alto		
	0-14	15-64	> 65	0-14	15-64	>65	0-14	15-64	> 65	0-14	15-64	> 65	0-14	15-64	> 65
Ciudad	23,23	69,94	6,84	24,7	66,33	8,97	24,13	67,16	8,71	29,25	62,17	4,45	33,89	63,24	2,86
Pueblo rural	0	0	0	32,05	60,84	7,1	31,36	60,4	8,24	28,67	62,22	9,11	25,94	66,58	7,48
Micropueblo	0	0	0	21,06	69,67	9,27	24,4	61,56	14,04	25,95	61,03	13,02	24,25	62,25	13,5
Pob Dispersa	0	0	0	0	0	0	28,37	66,19	5,44	18,93	64,85	16,62	28,82	62,56	8,62

En cuanto a la educación, en los ámbitos urbanos se observa que la cantidad de personas con educación terciaria disminuye a medida que aumenta la cantidad de personas con NBI, mientras que en los otros niveles educativos los valores se mantienen constantes, independientemente del porcentaje de personas con NBI. En las áreas rurales los niveles educativos son menores respecto de los registrados en las ciudades, salvo la educación primaria que es mayor en todos los estratos/segmentos de NBI. Respecto de la educación terciaria, en la población dispersa, se observa de manera general, una tendencia a tener más frecuencias que en los otros espacios. Esta situación, posiblemente se relacione con la presencia de trabajadores profesionalizados vinculados con la realización de proyectos territoriales diversos (Tabla 5).

Tabla 5: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según nivel de educación de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

I: Inicial; P: Primaria; S: Secundaria; T: Terciario

	NBI Bajo				NBI M/B				NBI Medio				NBI M/A				NBI Alto			
	I	P	S	T	I	P	S	T	I	P	S	T	I	P	S	T	I	P	S	T
Ciudad	4,31	25,53	39,19	6,62	4,9	30,94	36,99	20,14	4,03	39,68	38,76	8,5	4,38	42,07	32,69	7,16	5,62	45,7	31,97	4,32
Pueblo rural	0	0	0	0	2,88	52,59	23,99	8,64	5,2	46,33	29,93	7,02	2,91	48,68	31,31	7,13	4,49	54,36	20,2	6,23
Micropueblo	0	0	0	0	2,38	52,85	30,67	6,69	3,59	53,5	9,83	3,87	2,53	62,4	15,12	5,27	2,5	59	18,75	2,5
Pob Dispersa	0	0	0	0	0	0	0	0	3,72	41,55	26,36	16,62	1,78	60,78	14,13	3,99	3,69	50,49	21,92	10,34

En la investigación interdisciplinaria realizada por Vazquez y Flores (2019) que fue llevada adelante en la ciudad de San Carlos de Bariloche se relacionó el nivel educativo máximo alcanzado (NEA) y los índices de riqueza parasitaria expresados como porcentajes de heces caninas infectadas, constatando que, a menor nivel de educación de la población estudiada, la presencia de parasitosis fue mayor. El nivel de educación podría influir en la persistencia de las parasitosis, aumentando las probabilidades de contraer este tipo de enfermedades, entre las que se encuentra la hidatidosis.

Profundizando en el acceso a la tecnología y particularmente en el uso de computadoras, se presenta una alta significancia en relación con el nivel de NBI y el espacio que habitan. Se observa que el uso disminuye a medida que aumenta el NBI, siendo más notorio en los espacios de micropueblo y población dispersa (Tabla 6). El informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de 2015 sobre uso de Tecnología de Información y Comunicación (TIC) manifiesta que en la última década se ha identificado la necesidad de favorecer el acceso y uso de las TIC en la sociedad y de analizarlas como un factor de desarrollo económico y de inclusión social (INDEC, 2015). A futuro, este factor podría continuar siendo fortalecido en la población, principalmente en los espacios rurales y fomentar su implementación en el sistema de salud favoreciendo las estrategias de telemedicina que podrían mejorar el acompañamiento a los procesos de cuidado y de seguimiento de las personas, según lo establecen las normas de control.

Tabla 6: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según el uso de PC de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ciudad	72,55	20,71	62,57	32,25	48,8	45,46	47,91	41,43	43,95	41,74
Pueblo rural	0	0	48,56	42,03	41,28	43,55	50,2	43,99	35,41	50,87
Micropueblo	0	0	32,98	42,91	18,49	70,71	81,21	62,47	14,75	66,5
Pob Dispersa	0	0	0	0	47,8	48,7	24,53	72,9	29,31	62,81

3. Datos de hogares

En este apartado se continúa utilizando igual criterio de análisis: espacio que habitan, NBI y las variables calidad de la vivienda, tipo de piso, ubicación de la canilla en la vivienda, calidad del agua para consumo, presencia de baño con sistema de descarga, calidad de efluente y disponibilidad de combustible para cocinar, relacionadas con los ciclos de las parasitosis o sus medidas de prevención.

La variable calidad del piso fue definida como la superficie sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda en base al material predominante, categorizado como pisos que se limpian fácilmente y aquellos que no pueden limpiarse, vinculado a que el ciclo de la hidatidosis tiene relación con la geofagia y el hábito del juego en el suelo. Tanto en el área urbana como rural, al aumentar el porcentaje de población con NBI se incrementa el porcentaje de casas con pisos que no favorecen la limpieza del mismo (Tabla 7).

Tabla 7: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según presencia de pisos que se limpian fácilmente de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ciudad	99,47	0,5	98,64	1,59	99,94	0,32	98,9	1,36	99,27	6,38
Pueblo rural	0	0	99,5	0,68	99,5	2,76	99,5	0,85	99,5	4,72
Micropueblo	0	0	97,5	2,46	87,27	18,5	99,5	8,47	82,8	17,12
Pob Dispersa	0	0	0	0	97,5	2,48	86,09	18,2	94,5	5,47

Para el caso de la ubicación de la canilla respecto de la vivienda, adentro o afuera, es una variable que se relaciona con los hábitos del lavado de manos, de higiene personal y procesos de limpieza y desinfección al momento de elaborar alimentos. Tanto en la ciudad como en todos los espacios rurales, se observa que a medida que aumenta los niveles de NBI se incrementa el porcentaje de casas que tienen la canilla afuera (Tabla 8).

Tabla 8: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la ubicación de la canilla en la vivienda de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	Adentro	Afuera	Adentro	Afuera	Adentro	Afuera	Adentro	Afuera	Adentro	Afuera
Ciudad	98,88	1,12	91,19	8,31	91,66	8,34	84,83	17,6	71,2	20,4
Pueblo rural	0	0	93,2	6,76	82,4	17,51	89,83	10,17	63,78	36,2
Micropueblo	0	0	86,7	13,3	42,17	57,8	70,9	23	34,25	66,75
Pob Dispersa	0	0	0	0	73,5	26,45	35,4	57,1	63,2	36,7

La variable procedencia del agua para beber y cocinar, fue agrupada en dos categorías: potable para el agua distribuida por red y/o por camión cisterna y no potable para el resto de las fuentes. En el espacio de la ciudad se observa un alto porcentaje de conexiones a la distribución de agua por red pública, pero el acceso a agua de lluvia, arroyos, lagos y/o vertiente tiene un valor del 13,23% y del 15,89% en los estratos de NBI Medio/Bajo y Alto, reflejando tal vez, no solo vulnerabilidades sociales, sino elección sobre la conexión o no a la distribución del agua por red. En todos los espacios rurales, la fuente de agua es diversa y no potable, alcanzando valores de hasta el 70% en la población dispersa para agua de fuentes naturales (Tabla 9).

Tabla 9: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad del agua para beber de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

Red: Red pública; NP: Napa superficial; C: Cisterna; N: Agua de arroyos, ríos, lagos o vertientes

	NBI Bajo					NBI M/B					NBI Medio					NBI M/A					NBI Alto				
	Red	NP	NS	C	N	Red	NP	NS	C	N	Red	NP	NS	C	N	Red	NP	NS	C	N	Red	NP	NS	C	N
Ciudad	98,9	0,58	0	0,07	0,24	73,1	8,19	3,67	1,97	13,2	99,2	0,34	0,33	0	0	90	1,34	1,2	0,53	0,96	86,6	3,85	7	2,85	15,9
Pueblo rural	0	0	0	0	0	9,92	3,38	2	0	1,35	96,5	0,49	5,5	0	0	98,3	0,42	2	0	0,42	0	24,4	58	12,6	16,5
Micropueblo	0	0	0	0	0	30,6	7,39	5	0,99	58,6	13	16,8	50,5	2,2	19	49,5	9,6	46	3	13,6	12,3	10,3	65	13	16,4
Pob Dispersa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,95	6,61	21	1,65	69,4	4,39	4,1	96,2	1,45	38,5	2,34	5,47	29	0	69,5

La presencia de descarga de agua mediante cadena o mochila para limpieza del inodoro, implica la disponibilidad de un sistema automático o semi-automático que favorece la higiene del sector del baño y el acceso a una mejor eliminación de desechos líquidos. Aquellas que no cuentan con descarga se interpretan como que poseen letrina. En las áreas urbanas se observa una alta disponibilidad de inodoro con descarga de agua en los estratos con NBI bajo (99,11%), medio-bajo (90,47%) y medio (88,68%), incrementándose el porcentaje de viviendas con letrina en NBI medio-alto (16,78%) y alto (28,9%), con similar distribución en los pueblos rurales. En los espacios rurales los valores de viviendas con letrina se incrementan a medida que aumenta el NBI y la dispersión de la población, siendo para el estrato de NBI alto similares a los observados en los espacios urbanos (Tabla 10).

Tabla 10: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la presencia de inodoro con descarga de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ciudad	99,11	0,75	90,47	12,17	88,68	9,67	78,07	16,78	48,76	28,9
Pueblo rural	0	0	89,96	6,08	73,71	41,16	80,93	14,83	52,76	34,37
Micropueblo	0	0	75,37	18,72	81,62	60,97	60,98	29,91	36,3	39,78
Pob Dispersa	0	0	0	0	61,98	33,88	35,73	47,15	48,44	28,13

En cuanto a la calidad de efluentes, comprendida como el tipo de sistema utilizado para el procesamiento de los desechos líquidos del hogar (efluentes), utilizamos las categorías de satisfactorio para los efluentes conectados a la red pública o a cámara séptica y pozo ciego/lecho nitrificante; e insatisfactorio para aquellas conexiones a desagües de solo pozo ciego/lechos nitrificantes y a hoyos y/o excavación en la tierra. Esta variable tiene una relación directa con el ciclo de las parasitosis que requieren de la triada tierra-mano-boca para la transmisión, por lo cual en aquellos patios con efluentes deficientes se incrementan las posibilidades de enfermar, actuando como un indicador indirecto para el caso de la hidatidosis que tiene otra forma de transmisión. En el espacio urbano y rural en su totalidad, la calidad del efluente disminuye a medida que aumenta el NBI (Tabla 11).

Tabla 11: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad de los efluentes de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

Sat: Satisfactorio; No Sat: No satisfactorio

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	Sat	NO Sat	Sat	NO Sat	Sat	NO Sat	Sat	NO Sat	Sat	NO Sat
Ciudad	99,12	0,13	94,9	3,78	91,17	2,4	96,79	4,95	82,13	13,7
Pueblo rural	0	0	95,27	0,68	87,08	7,61	86,44	9,32	59,06	33,67
Micropueblo	0	0	82,76	11,33	42,6	49,98	69,35	21,55	40,41	35,62
Pob Dispersa	0	0	0	0	67,77	28,1	39,69	47,72	61,72	14,84

El combustible usado principalmente para cocinar entendido como la sustancia o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos es una variable tenida en cuenta ya que existe una fuerte recomendación a la población relacionada con la posibilidad de cocinar las vísceras de los ovinos antes de ser entregadas a los perros (Mujica et al., 2017). Esta variable a los fines estadísticos para el GLM fue categorizada en base al costo que tienen los combustibles disponibles en la zona, definiendo combustible barato para la distribución de gas natural por red y combustible caro para gas licuado en garrafa o tubo; leña y otros como la electricidad, tal vez no reflejando fehacientemente la realidad de los espacios rural/urbano. En la ciudad, el acceso al combustible para cocinar tiene un predominio en el gas de distribución por red, siendo alta en los sectores de NBI bajo y medio-bajo. En los sectores de medio, medio-alto y alto predomina el uso del gas envasado en garrafa. En el pueblo, la distribución es similar, siendo la leña el combustible que presenta mayores

valores (70,87%). En el micropueblo y en la población dispersa, en todos los NBI, el acceso a gas envasado y leña son los que presentan los mayores porcentajes (Tabla 12). Tanto en las áreas urbanas como rurales en los estratos más vulnerables, es decir con alto NBI, predomina el uso de combustibles que podríamos considerar caros en su adquisición.

Tabla 12: Porcentaje de NBI y espacio que habitan según el combustible para cocinar de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

R: Gas por red; T: Tubo; G: Garrafa, O: Otros, L: Leña

	NBI Bajo					NBI M/B					NBI Medio					NBI M/A					NBI Alto				
	R	T	G	O	L	R	T	G	O	L	R	T	G	O	L	R	T	G	O	L	R	T	G	O	L
Ciudad	98,4	0,13	1,18	0	0,21	71,9	5,19	15,3	0	6,86	49,9	1,91	16,4	0	1,87	51,6	5,32	39,6	0,03	4,58	41	9,09	54,4	2,14	5,71
Pueblo rural	0	0	0	0	0	85,8	2,03	6,76	0	5,41	85,5	0,49	10,9	0	3,19	80,9	0,85	11	0	7,2	4,72	4,72	18,9	0,79	70,9
Micropueblo	0	0	0	0	0	0,49	14,8	44,3	1,48	38,9	7,69	4,83	25,1	0	62,4	0,52	8,26	36,8	0,23	54,2	0,68	5,48	13,7	0	80,1
Pob Dispersa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10,7	48,8	0	42,5	0,55	5,83	22,4	0,31	70,9	0	21,1	46,9	0,78	32,8

La calidad constructiva de la vivienda es un indicador que se calcula a partir de la calidad de los materiales de la vivienda y las instalaciones internas de servicios básicos como agua y efluentes a red. La agrupamos en las categorías de: satisfactoria para las viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada y canilla dentro de la vivienda, así como inodoro con descarga de agua. Insatisfactoria para todas las viviendas que no cuentan con esos materiales. La calidad constructiva de la vivienda muestra valores que disminuyen a medida que aumenta el NBI en todos los espacios, sean urbanos o rurales, pero en la ciudad es donde este valor es más notorio alcanzando el 28,7% de las viviendas como insatisfactorias en su calidad (Tabla 13).

Tabla 13: Porcentaje de población con NBI y espacio que habitan según la calidad de la vivienda de los radios censales donde viven las personas con hidatidosis.

Datos de Censo Nacional de población, hogares y viviendas 2010

Sat: Satisfactorio; No Sat: No satisfactorio

	NBI Bajo		NBI M/B		NBI Medio		NBI M/A		NBI Alto	
	Sat	No Sat	Sat	No Sat	Sat	No Sat	Sat	No Sat	Sat	No Sat
Ciudad	98,47	1,53	15,4	4,6	95,67	6,33	87,41	12,44	89,73	28,72
Pueblo rural	0	0	99,48	0,52	96,43	3,57	91,76	8,24	85,13	13,85
Micropueblo	0	0	93,81	6,19	87,55	12,11	86,35	13,65	94,85	5,15
Pob Dispersa	0	0	0	0	90,85	9,15	89,6	13,2	93,15	6,85

Respecto del análisis indirecto que se realiza con las variables socioeconómicas del hogar en los RC que habitan las personas enfermas, podemos interpretar que aquellas que no tienen acceso al agua potable, que tienen pisos que no se pueden limpiar, el tratamiento insatisfactorio de los efluentes y la utilización de combustibles costosos para cocinar, aumentan la probabilidad de padecer hidatidosis. Por otra parte, tener la

canilla adentro de la vivienda reduce la probabilidad de contraer esta enfermedad. Siguiendo a Gamboa et al. (2014), se puede asumir que existe una mayor probabilidad de infección de hidatidosis en ámbitos precarios. Estos autores definen el término precariedad como un conjunto de condiciones que determinan una situación de desventaja o desigualdad y consideran para ello factores de riesgo similares a los analizados para esta tesis. La presencia de alguno de estos factores determina precariedad leve y la de todos los factores de riesgo, precariedad grave. En nuestro caso, se presentan coincidencias en 4 factores: no tener agua adentro de la vivienda, no tener acceso a agua potable, los pisos que no se pueden limpiar y los tratamientos insatisfactorios de los efluentes. Respecto del agua potable, el hecho de contar con distribución de agua apta para consumo y que las cañerías se distribuyan hasta adentro de la vivienda actúa como factor protector debido a que se reducen las posibilidades de contaminación por huevos del parásito (Moro et al., 2008; Larrieu et al., 2002).

El análisis del GLM indicó que, a excepción de la calidad de la vivienda insatisfactoria y baño sin descarga, que no difieren del azar (marcadas en rojo Tabla 14), todas las restantes variables están relacionadas con la cantidad de casos presentes en los radios censales, situación que, si bien resulta en una interpretación indirecta, es coincidente con lo propuesto en la bibliografía consultada. En cuanto a las variables que se asocian a la disminución de la probabilidad de casos (marcadas en verde en Tabla 15) se puede señalar al género femenino; vivir en la ciudad; el uso de PC y tener agua por cañería dentro de la casa. Las variables relacionadas al incremento de la probabilidad de casos (marcadas en rojo Tabla 15) son: género masculino, tener entre 0 y 14 años o más de 65; tener NBI medio bajo, medio alto o alto, tener solo el primario completo, no utilizar PC, utilizar aguas no potables, ya sea de perforaciones profundas o superficiales y aguas de lluvia, arroyo, vertiente, tener en la casa pisos que no se limpian, eliminar efluentes en hoyo y utilizar gas a granel o en tubo.

Tabla 14: Resultado del Modelo Lineal Generalizado respecto del azar medido con test de Omnibus.

Contraste Omnibus			
Variables predictoras	Chi-cuadrado de la razón de verosimilitudes	gl	Sig.
Género femenino	18,91	1	0,0001
Género masculino	20,451	1	0,0001
Espacio	22,135	3	0,0001
Edad	37,872	3	0,0001
NBI	24,648	4	0,0001
Educación	12,788	3	0,0051
Usa PC	22,13	1	0,0001
NO usa PC	13,571	1	0,0002
Vivienda insatisfactoria	0,226	1	0,6343
Tipo de agua para consumo	38,627	5	0,0001
Ubicación de la canilla	24,669	2	0,0001
Pisos que no se pueden limpiar	21,313	1	0,0001
Baño sin descarga	1,337	1	0,2476
Efluente hoyo	26,205	1	0,0001
Combustible	20,437	4	0,0004

Tabla 15: Modelo lineal generalizado para la cantidad de casos por radio censal en función de datos sociodemográficos (las diferencias se dan en negrita para $\alpha=0,05$)
B Coeficiente de Regresión; **T.E.** error típico; **Wald** Estadístico de Wald; **DF**: Grados de libertad; **Sig.** Importancia.

Estimaciones de los parámetros											
Parámetro	B	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95 %		Contraste de hipótesis			Exp(B)	Intervalo de confianza de Wald de Exp(B) 95 %		
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior	Superior	
(Intersección)	3,75	0,5637	2,645	4,855	44,252	1	0	42,527	14,086	128,386	
Género Femenino	-0,056	0,0122	-0,08	0,032	21,252	1	0	0,945	0,923	0,968	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	-1,879	0,6393	-3,132	0,626	8,637	1	0,003	0,153	0,044	0,535	
Género masculino	0,056	0,0117	0,033	0,079	23,279	1	0	1,058	1,034	1,082	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	1,335	0,2294	0,885	1,785	33,862	1	0	3,8	2,424	5,957	
[Espacio=CIUDAD]	-0,541	0,2575	-1,046	0,036	4,413	1	0,036	0,582	0,351	0,964	
[Espacio=MICROPUEBLO]	0,37	0,288	-0,195	0,934	1,648	1	0,199	1,447	0,823	2,545	
[Espacio=POBLACION DISPERSA]	0,112	0,2864	-0,449	0,673	0,153	1	0,696	1,118	0,638	1,961	
[Espacio=PUEBLO RURAL]	0ª							1			
(Escala)	1ª										
(Intersección)	-3,611	3,2868	-10,053	2,831	1,207	1	0,272	0,027	4,30E-05	16,956	
@14	0,12	0,0367	0,048	0,192	10,653	1	0,001	1,127	1,049	1,211	
@1564	0,002	0,0338	-0,054	0,068	0,004	1	0,95	1,002	0,938	1,071	
@65ymas	0,159	0,038	0,084	0,233	17,391	1	0	1,172	1,088	1,262	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	-2,40E-16	0,378	-0,741	0,741	0	1	1	1	0,477	2,098	
[estrato=5]	0,916	0,4276	0,078	1,754	4,592	1	0,032	2,5	1,081	5,78	
[estrato=4]	1,45	0,394	0,678	2,222	13,547	1	0	4,263	1,97	9,227	
[estrato=3]	8,11E-01	0,4454	-0,052	1,684	3,314	1	0,069	2,25	0,94	5,387	
[estrato=2]	1,253	0,4226	0,425	2,081	8,789	1	0,003	3,5	1,529	8,012	
[estrato=1]	0ª							1			
(Escala)	1ª										
(Intersección)	-1,968	2,0975	-6,079	2,143	0,88	1	0,348	0,14	0,002	8,523	
Primario	0,059	0,0287	0,003	0,115	4,244	1	0,039	1,061	1,003	1,122	
Secund	-0,005	0,0257	-0,056	0,045	0,045	1	0,831	0,995	0,946	1,046	
Superior	0,049	0,0306	-0,011	0,109	2,594	1	0,108	1,05	0,989	1,115	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	2,001	0,1901	1,628	2,373	110,713	1	0	7,393	5,093	10,731	
SI PC	-0,021	0,0044	-0,029	0,012	22,451	1	0	0,98	0,971	0,988	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	0,388	0,2217	-0,046	0,823	3,055	1	0,08	1,474	0,955	2,276	
NO PC	0,015	0,0041	0,007	0,024	13,919	1	0	1,016	1,007	1,024	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	1,217	0,2636	0,701	1,734	21,318	1	0	3,378	2,015	5,663	
Vivienda Insatisfactoria	-0,009	0,0194	-0,047	0,029	0,232	1	0,63	0,991	0,954	1,029	
(Escala)	1ª										
(Intersección)	0,364	0,4164	-0,452	1,18	0,753	1	0,382	1,439	0,636	3,254	
Redpubli	0,003	0,0042	-0,005	0,011	0,512	1	0,474	1,003	0,995	1,011	
Perfnapasprof	0,035	0,0137	0,008	0,062	6,468	1	0,011	1,036	1,008	1,064	
Perfnapasup	0,015	0,0054	0,005	0,026	8,071	1	0,004	1,015	1,005	1,026	
Cisterna	-0,058	0,0304	-0,118	0,002	3,637	1	0,057	0,944	0,889	1,002	
Aguas	0,011	0,0048	0,002	0,02	5,296	1	0,021	1,011	1,002	1,021	
(Escala)	1ª										

Tabla 15: Continuación

Estimaciones de los parámetros										
Parámetro	B	Tip. Error	Intervalo de confianza de Wald 95%		Contraste de hipótesis			Exp(B)	Intervalo de confianza de Wald de Exp(B) 95%	
			Inferior	Superior	Chi-cuadrado de Wald	gl	Sig.		Inferior	Superior
(Intersección)	2,961	0,6126	1,761	4,162	23,367	1	0	19,324	5,816	64,204
porcañerías	-0,022	0,0064	-0,035	-0,01	12,216	1	0	0,978	0,966	0,99
afuera_A	-0,009	0,0064	-0,021	0,004	1,985	1	0,159	0,991	0,979	1,004
(Escala)	1 ³									
(Intersección)	0,899	0,0969	0,709	1,089	86,076	1	0	2,458	2,033	2,973
pisosnolimpios	0,026	0,0052	0,016	0,037	26,169	1	0	1,027	1,016	1,037
(Escala)	1 ³									
(Intersección)	1,016	0,1201	0,78	1,251	71,57	1	0	2,762	2,183	3,494
Baño sin descarga	0,015	0,0126	-0,01	0,04	1,384	1	0,239	1,015	0,99	1,04
(Escala)	1 ³									
(Intersección)	0,794	0,1082	0,582	1,007	53,889	1	0	2,213	1,79	2,736
Efluente (Hoyo)	0,018	0,0032	0,01	0,024	30,324	1	0	1,018	1,011	1,024
(Escala)	1 ³									
(Intersección)	3,826	4,2692	-4,541	12,194	0,803	1	0,37	45,882	0,011	197505,782
gasred	-0,021	0,0436	-0,107	0,064	0,241	1	0,624	0,979	0,899	1,066
graneltubo	0,16	0,0517	0,059	0,262	9,611	1	0,002	1,174	1,061	1,299
garrafa	-0,037	0,0496	-0,134	0,06	0,549	1	0,459	0,964	0,875	1,062
leña	0,019	0,0464	-0,072	0,109	0,159	1	0,69	1,019	0,93	1,116
(Escala)	6,657 ³	1,3056	4,533	9,777						

Continuando con el análisis de los resultados, y a modo de facilitar la comprensión de la caracterización de las personas con hidatidosis, es que hemos reducido la disgregación de los valores de NBI al momento de agrupar a la población por sus atributos similares. Para esto quedan: NBI Bajo, NBI Medio y NBI Alto, cruzados con el espacio que habitan. En el análisis discriminante se puede ver que todas las variables seleccionadas aportan a la clasificación (Tabla 16), dado que todas presentan una probabilidad (α) menor a 0,05. Las tres primeras funciones explican el 86,6% de la variabilidad, por lo que las variables elegidas permiten clasificar a los grupos, con valores de correlación canónica superiores al 0,7 lo que indica una discriminación aceptable (Tabla 17). Por otro lado, tenemos el Lambda de Wilks (Tabla 18) que permite establecer que las medias multivariantes de los grupos son iguales. Este estadístico varía entre 0 y 1; cuanto más cercanos a 0 los valores, mayor es la diferencia entre las medias, es decir que no se solapan los grupos. Con la matriz de estructuras (Tabla 19) y la matriz de coeficientes estandarizados (Tabla 20) se representan las correlaciones entre las funciones discriminantes y las variables, lo que permite detectar las variables más influyentes en las funciones discriminantes. En la Tabla 21 se muestran los resultados de la clasificación, donde se señala que el 85.5% de los radios censales fueron correctamente clasificados con las variables seleccionadas. En la Figura 9 se puede ver la distribución de los radios censales por grupos. En la Tabla 22 se detallan como quedaron caracterizados los diferentes clusters.

Tabla 16 . Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

	Lambda de Wilks	F	gl1	gl2	Sig.
Agua_NO_potable	0,2899	10,0435	10	41	0
Combustibles_Cros	0,4582	4,8477	10	41	0,0001
Efluente_NO_satif	0,3674	7,0607	10	41	0
Varones_Mujeres	0,3696	6,9939	10	41	0
Edad_014	0,5258	3,6977	10	41	0,0014
Edad_65_mas	0,3123	9,0272	10	41	0
Primario	0,2673	11,237	10	41	0
Secund	0,2871	10,1821	10	41	0
SI_usa_PC	0,2659	11,3186	10	41	0
Pisos_NO_limpios	0,5874	2,8794	10	41	0,0082
Cañerías_adentro	0,3731	6,8877	10	41	0

Tabla 17. Resumen de las funciones canónicas discriminantes Autovalores

Función	Autovalor	% de varianza	% acumulado	Correlación canónica
1	6,602 ^a	50,1	50,1	0,932
2	3,498 ^a	26,5	76,6	0,882
3	1,315 ^a	10	86,6	0,754
4	0,631 ^a	4,8	91,4	0,622
5	0,497 ^a	3,8	95,1	0,576
6	0,373 ^a	2,8	98	0,521
7	0,152 ^a	1,2	99,1	0,364
8	0,100 ^a	0,8	99,9	0,301
9	0,012 ^a	0,1	100	0,108
10	0,003 ^a	0	100	0,055

a. Se han empleado las 10 primeras funciones discriminantes canónicas en el análisis.

Tabla 18. Lambda de Wilks para establecer si la medias multivariantes son diferentes

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 10	0,003	233,307	110	0
2 a la 10	0,022	152,171	90	0
3 a la 10	0,1	92,021	72	0,056
4 a la 10	0,232	58,445	56	0,386
5 a la 10	0,378	38,871	42	0,609
6 a la 10	0,566	22,74	30	0,826
7 a la 10	0,778	10,067	20	0,967
8 a la 10	0,896	4,391	12	0,975
9 a la 10	0,985	0,588	6	0,997
10	0,997	0,12	2	0,942

Tabla 19. Matriz de estructura

	Función									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Agua_NO_potable	0,580*	0,186	-0,082	0,228	-0,177	-0,248	0,362	-0,117	-0,553	0,07
Secund	-0,575*	0,185	-0,179	-0,184	0,13	0,48	0,111	-0,429	-0,156	0,3
Primario	0,536*	-0,472	-0,016	-0,183	0,172	-0,097	0,353	0,052	0,363	0,397
Edad_65_mas	0,486*	0,277	0,379	-0,473	0,008	0,045	-0,444	0,32	0,12	-0,064
Cañerías_adentro	-0,464	0,127	0,001	-0,074	,581*	0,016	-0,212	-0,511	-0,167	-0,23
Varones_Mujeres	0,474	0,052	-0,321	-0,16	-0,031	-0,087	0,051	,777*	0,105	0,135
SI_usa_PC	-0,556	0,426	-0,068	-0,095	-0,013	-0,295	-0,158	-580*	0,017	0,213
Pisos_NO_limpíos	0,3	-0,034	0,07	0,029	-0,361	-0,037	-0,247	,468*	0,043	-0,007
Efluente_NO_satif	0,489	-0,014	0,045	0,252	-0,353	-0,066	0,226	0,478	,529*	0,062
Edad_014	-0,201	-0,377	-0,014	0,365	-0,02	-0,243	0,415	-0,197	-0,169	,620*
Combustibles_Cros	0,345	-0,203	-0,292	0,446	-0,115	0,085	-0,149	-0,052	-0,331	,616*

Correlaciones intra-grupo combinadas entre las variables discriminantes y las funciones discriminantes canónicas tipificadas

Variables ordenadas por el tamaño de la correlación con la función.

* Mayor correlación absoluta entre cada variable y cualquier función discriminante.

Tabla 20. Coeficientes de la función de clasificación

	grupos red 2										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Agua_NO_potable	0,6141	0,724	0,6895	0,7328	0,818	0,7862	0,8469	0,9135	0,7872	0,6531	0,6213
Combustibles_Cros	-0,1486	-0,2001	-0,1869	-0,0886	-0,0945	-0,0709	-0,104	-0,082	-0,1726	-0,2586	-0,2396
Efluente_NO_satif	4,7913	5,1984	5,0749	4,9321	5,4889	5,1399	5,0255	5,6296	5,2215	4,958	4,6234
Varones_Mujeres	1,8768	2,1061	1,7947	1,5667	1,597	2,5122	1,7993	1,8842	2,1119	1,5938	1,9425
Edad_014	8,9132	9,4414	9,2353	8,6706	9,3866	8,214	8,1767	8,7537	9,1628	10,2631	9,6184
Edad_65_mas	9,5704	10,8186	10,8475	10,596	11,4615	9,4433	10,4329	10,1481	10,387	11,5915	10,3121
Primario	-0,9247	-1,345	-1,0664	-0,5759	-1,1274	-0,6284	-0,6295	-1,0659	-0,891	-1,1998	-0,7691
Secund	4,5207	4,9598	5,0878	4,4433	4,7624	4,9939	4,7088	5,0285	4,8034	4,7266	4,0894
SI_usa_PC	-0,9267	-0,8118	-1,0839	-0,9971	-1,1722	-0,9351	-0,8369	-0,888	-0,9172	-1,2463	-0,8915
Pisos_NO_limpíos	3,2101	3,1529	3,1565	3,3023	3,334	3,4183	3,1138	3,3043	3,2513	3,1378	3,2391
Cañerías_adentro	5,302	5,5616	5,4895	5,5018	5,8006	5,8839	5,3817	5,9175	5,7228	5,425	5,388
(Constante)	-426,439	-479,456	-466,625	-464,84	-505,195	-504,955	-460,23	-515,811	-492,594	-469,436	-453,626

Tabla 21. Resultados de la clasificación

gruposred2	Grupo de pertenencia pronosticado											Total
%	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	82,4	5,9	5,9	0	0	0	0	0	0	0	5,9	100
2	0	84,6	7,7	0	0	0	0	0	7,7	0	0	100
3	0	0	100	0	0	0	0	0	0	0	0	100
4	0	0	0	66,7	0	0	33,3	0	0	0	0	100
5	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	0	100
6	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	0	100
7	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	0	100
8	0	0	0	0	0	0	0	100	0	0	0	100
9	0	0	50	0	0	0	0	0	50	0	0	100
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	0	100
11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	100	100

Figura 12: Distribución de los radios censales (RC) por clusters.

Cluster 1: Ciudad/NBI Bajo; **Cluster 2:** Ciudad/NBI Medio; **Cluster 3:** Ciudad/NBI Alto; **Cluster 4:** Pueblo rural/NBI Bajo; **Cluster 5:** Pueblo rural/NBI Medio; **Cluster 6:** Pueblo rural/NBI Alto; **Cluster 7:** Micropueblo/NBI Bajo; **Cluster 8:** Micropueblo/NBI Medio; **Cluster 9:** Micropueblo/NBI Alto; **Cluster 10:** Población dispersa/NBI Medio; **Cluster 11:** Población dispersa/NBI Alto. **No hay Cluster población dispersa/NBI Bajo**

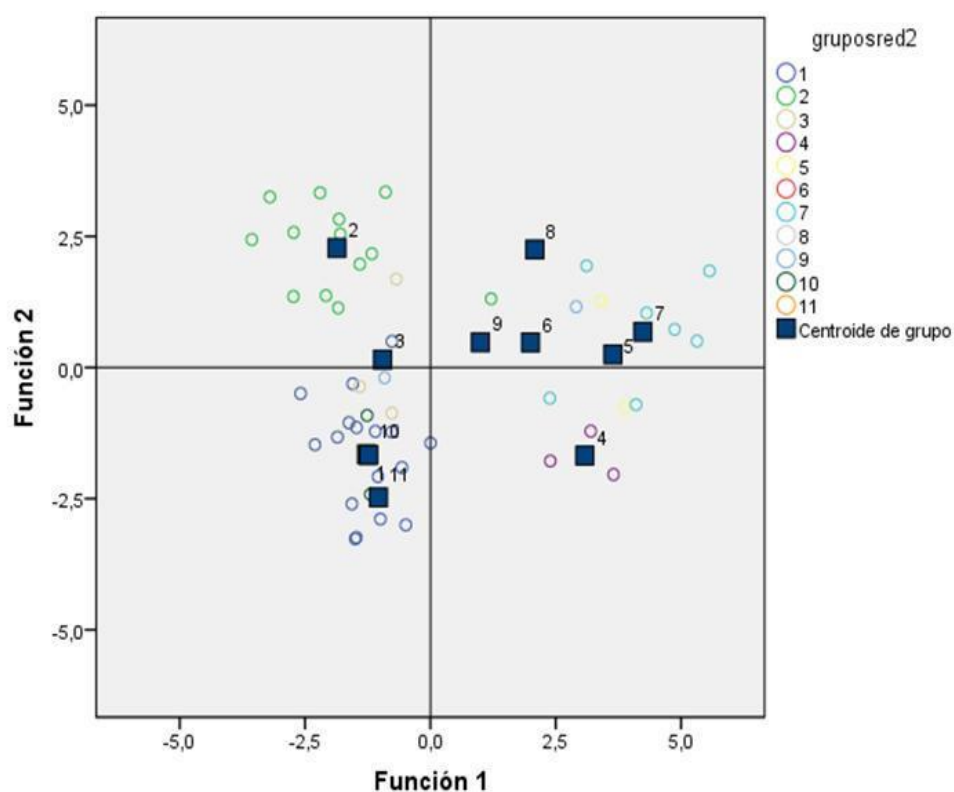


Tabla 22: Caracterización en clusters según las variables socioeconómicas de las personas con diagnóstico de Hidatidosis, 2011-2021, Región Andina de RN

CLUSTER		Cant RC	% RC	Casos	Densidad	Actividad	Desocup	Genero	Edad	Educación	Uso PC	Pisos	Canilla	Agua	Letrina	Efluentes	Vivienda	Combustible
CLUSTER 1	CIUDAD/NBI BAJO	13	25	24	ALTA	73 % población económicamente activa	5% población desocupada	Igual proporción de mujeres y varones	24% menos 14 años/68% entre 15 y 64/8% mayores 65 años	38% que cursa o curso hasta el secundario completo	ALTO	1% de pisos que no pueden limpiarse	Menos del 10 % viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con agua NO potable	Menos del 10 % viviendas con letrina	Menos del 10 % viviendas con efluentes no satisf.	Entre 29 y 49% de vivienda con construcción NO satisfactoria	86% a gas de red/ 14% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 2	Ciudad/NBI Medio	3	5,7	4	ALTA	Más del 70% población económicamente activa	10% población desocupada	Igual proporción de mujeres y varones	24% menos 14 años/67% entre 15 y 64/9% mayor de 65 años	39% que cursa o curso hasta el secundario completo	MEDIO	Menos 1% de pisos que no pueden limpiarse	Menos del 10 % viviendas con canilla afuera	Menos del 10 % viviendas con conexión a agua NO potable	Menos del 10 % viviendas con letrina	Menos del 10 % viviendas con efluentes no satisf.	Entre 29 y 49% de vivienda con construcción NO satisfactoria	8% a gas de red/ 20% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 3	CIUDAD/NBI ALTO	17	32,7	45	ALTA	72% población económicamente activa	11% población desocupada	Igual proporción de mujeres y varones	32% menos 14 años/64% entre 15 y 64/4% mayor de 65 años	32% que cursa o curso hasta el secundario completo	MEDIO	4% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Menos del 10 % viviendas con efluentes no satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	43% a gas de red/ 57% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 4	PUEBLO/NBI BAJO	1	1,95	6	MEDIA	30% de población económicamente activa	Menos 10% población desocupada	Igual proporción de mujeres y varones	32% menos 14 años/61% entre 15 y 64/7% mayor de 65 años	24% que cursa o curso hasta el secundario completo	MEDIO	Menos 1% de pisos que no pueden limpiarse	Menos del 10 % viviendas con canilla afuera	Menos del 10 % viviendas con conexión a agua NO potable	Menos del 10 % viviendas con letrina	Menos del 10 % viviendas con efluentes no satisf.	Entre 29 y 49% de vivienda con construcción NO satisfactoria	86% a gas de red/ 14% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 5	Pueblo/NBI Medio	2	3,85	5	ALTA	65% población económicamente activa	7% población desocupada	6% más de mujeres que varones	31% menos 14 años/61% entre 15 y 64/8% mayor de 65 años	30% que cursa o curso hasta el secundario completo	MEDIO	3% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Menos del 10 % viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Menos del 10 % viviendas con efluentes no satisf.	Entre 29 y 49% de vivienda con construcción NO satisfactoria	86% a gas de red/ 14% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 6	PUEBLO/NBI ALTO	2	3,85	8	MEDIA	63% población económicamente activa	4% población desocupada	10% más varones que mujeres	27% menos 14 años/65% entre 15 y 64/8% mayor de 65 años	26% que cursa o curso hasta el secundario completo	BAJO	3% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Entre el 11 y 49% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	43% a gas de red/ 57% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 7	MICRO/NBI BAJO	1	1,95	5	BAJA	Menos 50% de población económicamente activa	2% población desocupada	25% más varones que mujeres	23% menos 14 años/67% entre 15 y 64/10% mayor de 65 años	30% que cursa o curso hasta el secundario completo	BAJO	2% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Entre el 11 y 49% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	1% a gas de red/ 80% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 8	Micro/NBI Medio	2	3,85	7	BAJA	53% población económicamente activa	1% población desocupada	15% más varones que mujeres	25% menos 14 años/60% entre 15 y 64/13% mayor de 65 años	10% que cursa o curso hasta el secundario completo	BAJO	18% de pisos que no pueden limpiarse	Más del 50% de las viviendas con canilla afuera	Más del 50% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Más del 50% de las viviendas con letrina	Más del 50% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	8% a gas de red/ 90% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 9	MICRO/NBI ALTO	3	5,7	21	MEDIA	70% población económicamente activa	menos del 1% población desocupada	11% más varones que mujeres	25% menos 14 años/62% entre 15 y 64/13% mayor de 65 años	17% que cursa o curso hasta el secundario completo	BAJO	21% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Entre el 11 y 49% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	1% a gas de red/ 77% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 10	DISPERSA/ NBI BAJO	0	0	0	0													
CLUSTER 11	Dispersa/ NBI Medio	1	1,95	2	MEDIA	63% población económicamente activa	3% población desocupada	5% más varones que mujeres	28% menos 14 años/66% entre 15 y 64/6% mayor de 65 años	27% que cursa o curso hasta el secundario completo	MEDIO	2% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Más del 50% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Entre el 11 y 49% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	No hay gas de red/ 93% de uso de fuentes caras de combustible
CLUSTER 12	DISPERSA/NBI ALTO	7	13,5	32	MEDIA	63% población económicamente activa	3% población desocupada	18% más varones que mujeres	24% menos 14 años/63% entre 15 y 64/13% mayor de 65 años	18% que cursa o curso hasta el secundario completo	BAJO	12% de pisos que no pueden limpiarse	Entre el 11 y 49% de las viviendas con canilla afuera	Entre el 11 y 49% de las viviendas con conexión a agua NO potable	Entre el 11 y 49% de las viviendas con letrina	Entre el 11 y 49% de las viviendas con efluentes No satisf.	Más del 50% de viviendas con construcción NO satisfactoria	1% a gas de red/ 84% de uso de fuentes caras de combustible

Destacamos que la forma de análisis más disgregada sobre el espacio rural nos permitió observar que existen espacios rurales (pueblos rurales, micropueblos o población dispersa) que no poseen niveles de NBI bajo y/o medio bajo, tal vez atribuido a los problemas estructurales que las áreas rurales presentan en el acceso a servicios y otras situaciones que complejizan la zona. Esta ausencia de algunos niveles de NBI limitan el análisis de estos espacios, como se ve reflejado en el análisis discriminante que se realizó sobre la información agrupada en 3 niveles de NBI (Figura 12) donde se puede observar que los RC urbanos (1, 2 y 3) y de los pueblos rurales (4, 5 y 6) agrupados en los cluster (Tabla 22), quedan claramente diferenciados de los correspondientes a los de micropueblo (7, 8 y 9) y población dispersa (11 y 12). De la misma manera, no se diferencian claramente por el NBI los espacios de micropueblo y población dispersa (Figura 11). Bulloni y Curtino (2017) reflexionan sobre como el NBI, si bien es uno de los índices más utilizado para medir pobreza, no escapa a cuestionamientos respecto de su construcción, como el sesgo urbano que presentan los indicadores que lo componen asociados a características o aspectos culturales de una ciudad, sobreestimando la pobreza en zonas rurales. La situación observada en el análisis discriminante y la ausencia de niveles de NBI en las áreas rurales, posiblemente evidencie las limitantes que tiene su uso en la ruralidad.

Los análisis estadísticos expresados en los párrafos anteriores y en las tablas 14 a 22, indican que, la calidad de vida de las personas comprendida como el acceso a servicios (agua, gas, cloacas), la calidad de los materiales utilizados en la construcción de las viviendas, un mejor nivel educativo y conectividad son variables que afectan la vida de las personas, su déficit o inaccesibilidad pueden incrementar la posibilidad de enfermar de las parasitosis en general y de la hidatidosis en particular. Más allá de ciclo propio de una enfermedad zoonótica relacionada al ámbito rural, los datos reflejan que vivir en condiciones de pobreza estructural y con vulneraciones en el derecho a una vivienda adecuada, incrementan las posibilidades de tener hidatidosis, sea en el ámbito rural o el urbano

Habiendo caracterizado de manera indirecta a las personas destinatarias de la política sanitaria vinculada a la hidatidosis desde sus aspectos sociales y económicos, en el siguiente capítulo, nos centraremos en el análisis del proceso de implementación del programa de control de hidatidosis a partir de las percepciones de las y los trabajadoras/es que han asumido a lo largo del tiempo y en distintos contextos, funciones en torno al mismo.

PITULO VII: La implementación del Programa desde las perspectivas de las y los trabajadoras/es

En el presente capítulo nos proponemos analizar la instancia de implementación del programa de hidatidosis en el marco del ciclo de dicha política pública (Aguilar Villanueva, 2009) a partir de las percepciones de trabajadores y trabajadoras del sistema de salud rionegrino que se desempeñaron en el período analizado en distintas funciones. Nuestro interés radica en indagar en las prácticas desplegadas por las y los agentes estatales para que los programas lleguen a la población objetivo. En esta línea, la etapa de implementación, refiere a acciones concretas llevadas adelante por agentes individuales o agrupados, orientados hacia el cumplimiento de los objetivos delineados en la instancia de diseño; se trata de una instancia compleja y no lineal, caracterizada por su dinamismo, en la cual, existen reformulaciones, adaptaciones al contexto local, improntas vinculadas a los saberes de los propios actores en la búsqueda por traducir los objetivos planteados en la etapa de diseño a las posibilidades que existen en el territorio para su cumplimiento. En dicha etapa, existen distinto tipo de interacciones entre las personas destinatarias del programa, funcionarias/os, supervisores y las y los distintos agentes estatales encargadas/os de la implementación que configuran distintos escenarios posibles de cara al cumplimiento (o no) de los objetivos originales de una determinada política.

En lo que sigue, retomamos las voces de trabajadoras/es que se han desempeñado en distintas funciones en el marco de la etapa de implementación del programa de control de hidatidosis, ya que consideramos que sus experiencias resignifican y aportan a la comprensión de hallazgos de los capítulos anteriores.

Así las cosas, este capítulo se sustenta en las entrevistas realizadas a 12 trabajadoras y trabajadores de la salud de la provincia, durante los meses de agosto a octubre de 2024. Se incorpora una entrevista de archivo realizada en el año 2017 (Anexo 4). Las personas entrevistadas trabajan y/o trabajaron en el sistema de salud rionegrino a partir de la década del '70 hasta la actualidad, desempeñando tareas vinculadas a la gestión y ejecución del Programa de Control de la Hidatidosis en el Ministerio de Salud, URESA Andina y Línea Sur y en los Hospitales de complejidad III, IV y VI de la Región Andina y Línea Sur. Corresponden a 3 agentes sanitarias/os (AS1, AS2 y AS3), 3 médicas/os (M1, M2 y M3), 3 veterinarias/os (V1, V2 y V3), 2 gestoras/es (G1 y G2) y 1 trabajador/a social (TS1).

Las y los integrantes de los equipos de salud y la implementación del programa

Las y los integrantes de los equipos de salud entrevistadas/os vinculadas/os con el programa de hidatidosis tienen o han tenido a su cargo una diversidad de tareas relacionadas con su rol en el sistema de salud. Gran parte de estas actividades son realizadas dentro de la misma institución donde trabajan y otras son articuladas con otras instituciones estatales, privadas o de la sociedad civil. Esta multifuncionalidad lleva a que la organización del trabajo cotidiano se funde principalmente en la respuesta a distintas demandas que se generan en o al equipo, al tiempo que se intenta sostener la planificación de algunas actividades, como por ejemplo la salida a diferentes sectores del paraje en que se trabaja, los espacios de escucha en las escuelas, la participación en mesas territoriales o las reuniones con otros gestores.

Es oportuno mencionar que existe una disparidad técnica y profesional en los distintos equipos, que sin duda impacta en la etapa de implementación del programa que estamos analizando, no solo por las áreas de incumbencia y competencia de las tareas, sino por los modos particulares de abordar o comprometerse con los problemas a tratar. En esta línea, M1 planteó:

“Nos gusta hacer las cosas por poco tiempo y después pasar la escoba, porque creemos tener la solución definitiva a todos los problemas, lo cual es bastante complejo y difícil de tener la solución, difícil tener la solución (...)”

Esta reflexión crítica, o más precisamente autocrítica, realizada por un/a trabajador/a con más de 40 años de servicio en el sistema de salud, pone la mirada en dos aspectos centrales a la hora de pensar en el proceso de implementación del programa: por una parte, la dimensión temporal y las posibilidades de sostenimiento de las actividades y por otra, en la falta de humildad epistémica atribuida especialmente a las/os médicas/os.

Las y los agentes sanitarias/os, reconocidas/os por su rol de cercanía y consideradas/os pilares fundamentales de la implementación del Programa de Hidatidosis y de otra larga lista de planes y programas, se destacan por su pertenencia a la comunidad o pueblos en los que trabajan, el conocimiento de la gente, los hábitos, las costumbres y las vivencias compartidas. Son considerados el primer eslabón de la cadena de la atención primaria.

Ese rol de cercanía se ha ido transformando y readecuando según se modifican los espacios y la permanencia de la gente de los lugares. Así AS1 refería a su rol al inicio de su trabajo y lo contraponía al actual: *“(...) si bien mi rol engloba un montón de otras cosas, al principio, cuando recién empecé a trabajar, para mí era como que solamente entregaba pastillas. Era la entregadora de pastillas del perro” (...) “hoy no es la prioridad entregar la pastilla, para mí no es la prioridad, sino que la gente también se haga cargo. Eso también fue una cuestión de que yo no soy la responsable (...)”* (haciendo referencia al cuidado de los perros).

Este movimiento personal, el corrimiento del rol definido como “entregadora de pastillas” en el cual, quien recibía las pastillas era en cierto modo despojada/o de su capacidad de agencia, es relatado en términos de cambio de prioridades (personales) por parte del/a agente sanitaria, haciendo hincapié en la co-responsabilidad en la administración de pastillas a los perros y por ende al cuidado personal, familiar y de los animales, lo cual da cuenta del rol protagónico que tienen las/os encargadas/os de la implementación de los programas y las diferencias significativas en los modos en que cada quien interpreta y desempeña sus acciones. En este testimonio, es posible observar también de qué manera, acciones impulsadas “desde abajo” disputan sentidos en la etapa de implementación del programa.

Estas diferencias, también fueron destacadas por V1 al comparar las tareas de agentes sanitarios en un barrio de Bariloche con la ciudad de Ingeniero Jacobacci: *“(...) X barrio tiene una población, no sé ahora, pero supongo que es como si tuviera que atender a todo Jacobacci con un agente sanitario. Entonces ese agente sanitario, tuvo que priorizar aquellos lugares donde se identificaron las prácticas de riesgo, pero lo hace hoy y no lo hace más hasta que no se cruza conmigo o con otro trabajador que le recuerda la hidatidosis. La tarea en pulsos como forma de trabajo”*.

Este testimonio, pone de manifiesto otro aspecto relevante de la instancia de implementación que es la organización del trabajo, la atribución de “priorizar” que debe realizar este agente y la intermitencia que adquiere el ritmo del programa en algunas zonas, donde algunas/os trabajadores que ocupan posiciones más jerarquizadas,

impulsan/ordenan que las y los agentes sanitarios lleven adelante controles, en un contexto en el que existen una relación inversa entre la cantidad de trabajadoras/es, sus múltiples responsabilidades y una extensa población.

En particular, en las entrevistas realizadas a las/os agentes sanitarios (AS1, AS2 y AS3), se evidencia el lugar intersticial que ocupan (como trabajadoras/es y como pobladoras/es), que ya fuera señalado por Caruso (2020) pero identificándose en primer lugar como pobladores y luego como agentes de salud. Esa dualidad pareciera mucho más presente en los espacios rurales, principalmente en los parajes, que en los espacios urbanos. Todas y todos acuerdan que viviendo en cercanía del territorio donde se trabaja, ofician de referentes del sistema de salud en todo momento, lo cual excede las tareas y los espacios de su trabajo, trabajo que no es reconocido ni remunerado por el sistema.

“(...) el lugar te facilita (...), vos te sentís una facilitadora (...) tiene que ver con eso, con facilitarle a una persona el acceso de alguna manera” (AS3).

“(...) obviamente me satisface, pero a veces tiene una carga pesada porque estoy todo el día con la cabeza llena de cuestiones” (AS1).

“Y me ponen un papel de responsabilidad con mi comunidad, soy la referente para un montón de cosas. No solo de salud. (...) y también soy como la recepcionista de un montón de demandas, consultas, sobre todo consultas a mí” (AS2).

Al indagar en las entrevistas respecto del reconocimiento que las y los restantes integrantes de los equipos de salud realizan sobre sus roles y tareas, las y los agentes sanitarios consideran que se trata de una cuestión meramente discursiva. La ausencia de reconocimiento monetario, la imposibilidad de profesionalización sostenida, el trabajo por fuera de los horarios acordados en algunos territorios, según manifestaron, son indicadores de que el reconocimiento no es ni tan cierto, ni tan grande, ni tan importante, lo que sin duda afecta el clima de trabajo en la etapa de implementación del programa que nos ocupa.

Por su parte, los técnicos y los profesionales expresaron percibir un gran reconocimiento por su labor vinculada a las prácticas sociales en salud que han abierto espacios de la cotidianidad, como nos comentara G1: *“Obviamente que el reconocimiento está, y lo siento, lo siento hoy, lo siento siempre. Cuando me encuentro con uno, me escriben por Facebook, me escriben por WhatsApp. Es increíble. Y gente que hace años que no veo”* (haciendo referencia a su trabajo territorial previo al de gestor).

Sin embargo, en algunas entrevistas a médicos y gestores este reconocimiento entra en tensión con el cuestionamiento que realizan ellas y ellos mismos respecto a cuánto realmente saben de hidatidosis y de las formas de llevar adelante el Programa a lo largo de los años:

“Las cosas que entregamos tienen poca significación sin conocer el contexto que da la posibilidad de enfermarnos” (M3).

“(...) todo lo que uno lee en los libros hasta que no conoce la realidad que vive el poblador rural puede malinterpretarse” (M2).

El trabajo con otras y otros fue destacado por varias/os entrevistadas/os, dando cuenta de la articulación con otras instituciones territoriales que fue valorado por todas y todos como facilitador de las acciones de cuidado a la población.

“Hay siempre otros actores, tanto organismos oficiales como instituciones intermedias, organizaciones, agrupaciones, lo que fuese, si no tenés el acompañamiento de eso no podés sostener las agendas” (V2).

“ (...) lugares donde participamos más instituciones, llamale INTA, llamale SENASA, llamale Producción de Río Negro, llamale Educación (...)” (V3).

“Sí, había otros programas, me acuerdo, sí, estaban buenos, el PRODERPA, suponete que era el programa, la Ley Ovina” (TS1).

Tal como se desprende de distintos testimonios, la implementación del programa estuvo y está atravesada por un arco de elementos que va desde las percepciones vinculadas a la entidad de la hidatidosis como problema de salud, que aparece en algunos casos relativizada, a la demanda de la población, pasando por la conformación de los equipos de salud a lo largo del tiempo, la competencia con otras problemáticas sociosanitarias que abordan los distintos equipos, hasta llegar al “verse seducidos” o no por el programa. Así las cosas, el modo en que cada uno de estos elementos se conjuga, sin duda, moldeará la forma que asuma la implementación del programa en cada territorio.

“Entonces empezás a tener esta situación de que no es un gran problema para la salud, tampoco es una demanda de la población de que se trabaje esta enfermedad, y se van sucediendo distintas cosas en los equipos locales, que ya sea porque hay recambio de profesionales que no toman el tema porque no los seduce tanto, o porque la demanda actual de los problemas son otros, sumado a que uno que hace años que está y, por ahí también le pone más énfasis a otras cosas y no la mantiene tan vigente” (V1)

“Bueno, eso ha ido variando en los años y también va de acuerdo al entusiasmo hacia el programa de los actores locales y que si bien se intenta, digamos, que sea bajo una política de salud, como en muchas cosas va dependiendo también de quién, del interés del equipo médico en tomar la enfermedad y a veces también atravesado por otras situaciones propias de los centros de salud, por otras enfermedades, otras situaciones en las cuales esta enfermedad por ahí puede pasar a un segundo plano”(M2).

“(...) en los centros de salud periurbanos, sobrepasan otras cosas. Casos de violencia, falta de morfi, otras cosas que por ahí yo creo que se les da más bolilla a esas cosas que a la hidatidosis” (V1).

“¿Que este programa debería tener una re-discusión en base a la situación actual? Sí, Totalmente” (G2).

La cuestión generacional en la conformación de los equipos, también fue identificada como relevante, a la hora de considerar el devenir del programa. La misma, aparece vinculada a experiencias compartidas que configuran la identidad de las y los trabajadoras/es y que no ha sido transmitida a las nuevas incorporaciones.

“(...) me da la sensación de que parte del programa se ha sostenido a lo largo de los años justamente por este plus que el trabajador iba aportando en el cuerpo a cuerpo, en la presencia, en esa cercanía. Y probablemente a todas estas nuevas generaciones eso le falte, o porque no lo conocieron o no se lo contaron, no lo ven como una opción” (G1).

“(...) cuando la gente capacitada se va por distintos motivos, y generalmente los motivos tienen que ver con muchas decisiones personales, pero muchas tienen que ver con las políticas de salud y las decisiones a nivel ministerial, se va gente formada y aparece gente que no está capacitada y tenemos que volver a formarlo. Eso ha hecho

que se cayera un poco el programa como se venía desarrollando, y la otra cuestión son decisiones puramente políticas ministeriales, es decir, el programa tiene las personas, están las personas que lo puedan hacer, están los ecógrafos... son decisiones, decisiones y presupuesto” (M1).

La cuestión identitaria, cuyo abordaje en profundidad excede ampliamente los objetivos propuestos en nuestro análisis, fue mencionada no sólo respecto a los equipos de salud, asociada a los saberes compartidos entre quienes han tenido experiencias vinculadas al programa, sino también respecto a la población destinataria del programa, asociada a vínculos con la tierra, forma en que vive la gente, mística o cultura, como términos en un sentido laxo para acompañar la comprensión de los procesos que se dan en torno a la salud, la enfermedad y la ruralidad. Así TS1, M2, V2; M3 manifestaron:

“Para mí es identidad (...) como la construcción que hacen las personas viviendo en esos espacios geográficos que es difícil transmitirlo con palabras, porque es re fuerte ese vínculo que se tiene con eso, el vínculo no solo con el lugar sino con el ciclo de vida, con el conocer todo” (TS1).

“(...) porque ahí no es que lo hace cualquiera, lo hizo tu familia y vos lo seguís haciendo, lo compartís en ese lugar” (M3).

“Sin ir a romper la creencia. Ni minimizar, ni invadir esa creencia. Yo acompañaba la creencia” (M2).

“(...) entonces uno tiene que empezar a investigar y comprender por qué la persona que sabe que no tiene que darle achuras, le da achuras” (V2).

Con el transcurrir de las entrevistas se abordaron distintos temas que están descriptos como ejes fundamentales del Programa de control y que, a lo largo de más de 40 años, y por sobre las particularidades de las y los implementadores, han logrado sostenerse y destacarse. Así fueron señalados ciertos hitos como: la desparasitación canina como una tarea ordenadora en más de una estrategia de trabajo local, el catastro ecográfico a menores de 15 años como una tecnología que resultó igualitaria para todos los hospitales, indiferentemente de su complejidad, que resultó en un espacio de encuentro con las comunidades educativas, las instancias de capacitación médica para llevar adelante los catastros ecográficos, las salidas rurales, entre otras. Estos hitos, contribuyeron a la construcción de una identidad de las/os trabajadoras/es, siendo valorados por resultar espacios de encuentro entre trabajadoras/es y la comunidad, pero también entre los equipos de salud como lugar de aprendizaje, de intercambio no solo de saberes sino de consolidación de lazos.

En este sentido, aludieron a los mismos en términos de *“buenos momentos acompañados de asado y mate” (M1).*

“No había cacique. (...) Éramos un grupo de amigos enloquecidos por la hidatidosis, apasionados, donde nos sentábamos entre veterinarios, bioquímicos, agentes sanitarios, médicos, enfermeros y discutíamos desde el tratamiento hasta el diagnóstico y yo me metía en veterinaria y el veterinario se metía en medicina humana y todos opinábamos y todos participábamos porque el objetivo era único (...)” (M1).

Estas percepciones respecto a las dinámicas más horizontales e interdisciplinarias de los equipos de salud que implementaron el programa de hidatidosis, contrasta con el abordaje biomédico que según algunas/os entrevistadas/os primó en quienes ocuparon cargos de gestión en las esferas ministeriales y de diseño del mismo, que implicó también la tarea adicional de “convencimiento” acerca del valor de trabajar con

“tecnologías blandas” (Mhery et al, 2006), como se lo hace/ía en el espacio de implementación, entendiendo que estas tecnologías no son procedimientos simplificados o de menor rango dentro del paquete tecnológico, sino que su aplicación tiene significados y sentidos, y también requieren asignación presupuestaria.

“Ir 50 km para darle 3 pastillitas, tenés que convencer al político para que te de un vehículo para hacerlo puré o romperlo en el camino, porque tengo que ver a 2 familias y dejar 2 pastillitas cada 6 meses” (M3).

“La política es una forma de resolver problemas, pero también es una forma de crear muchísimos problemas. Y en la balanza hay que ver qué es lo que queda (...) Desde la política es desde donde se pueden realizar las muchas o pocas transformaciones” (M3).

“La política sanitaria está dominada por intereses económicos, políticos, culturales, etc. Damos mucha más importancia a las cosas materiales...la política sanitaria tendría que ver mucho más a la gente y sus necesidades y desde ahí programar” (G1).

Los contextos de la enfermedad

Tal como hemos visto en los capítulos respecto de los primeros registros en que la hidatidosis se convirtió en una enfermedad atendible que entró en agendas públicas, de las entrevistas realizadas se desprende que el “territorio de la hidatidosis” se configura en aquellos ambientes en que interactúan personas, ovinos y perros. Esta mirada también aparece en la entrevista a V2:

“(....) en mi lugar de trabajo están más diversificadas las distintas producciones entonces se licía un poco la enfermedad porque hay gente que trabaja en muchas otras cosas y no hay tanta relación directa de la población con el campo y las ovejas. En cambio, en los otros parajes casi todo pasa alrededor de la producción ovina (....)”
“(....) casi todos los productores o las personas que se han contagiado, sean o no propietarios de animales o de un campo, son todos productores de pequeña escala y todos con el mismo fin, digamos, no tienen animales con un gran fin productivo sino con una lógica de recolección, nada más”.

Estas frases hacen referencia a que los casos están relacionados con campesinos o pequeños productores o con trabajadores rurales, diferenciando de las grandes estancias donde pareciera que no habría tantos casos, pero sí un gran aporte de dispersión de huevos al ambiente, como señaló G2.

Tanto AS1 como M1 refieren a ese territorio de la hidatidosis, no sólo como el espacio donde se registran casos de la enfermedad, sino que las definiciones de las/os trabajadoras, refieren a una concepción de territorio que incluye los vínculos entre las personas y sus entornos, sus animales y el ambiente.

Así M1, hacía referencia a que *“Cuidan más a los animales que a sus familias (...) se trasladaban más de 10 leguas con sus perros para aplicarles la purga, pero no siempre llegaban al control del familiar con hidatidosis en el hospital cercano”*. Y M3 que destaca la relación entre el campesino y sus animales *“(....) el perro no es una mascota como la de la ciudad, tiene otro simbolismo. Es casi imposible que piense que su animal lo enferme o le haga daño (...) nunca escuché, en 40 años de trabajo, que un paisano diga que la culpa la tiene el perro”*. La mirada de las y los entrevistadas/os destacaba el vínculo de las personas con los animales, principalmente con los perros que tomaban un rol protagónico en sus vidas, tal como lo analiza Caruso (2020).

Según el análisis realizado en capítulos previos, es similar la cantidad de hombres y mujeres que enfermaron de hidatidosis en la región, aunque epidemiológicamente aparece más riesgo para los varones. Este dato es coincidente con la apreciación de las y los trabajadores que no identifican diferencias en el diagnóstico entre varones y mujeres, como tampoco en la edad, manifestando que la enfermedad se presenta en todas y todos de igual manera. Algunas/os entrevistados destacan la organización familiar y productiva que se da entorno de los géneros, como TS1: *“(...) en determinados momentos la gente te dice, yo no voy a estar libre, porque ya viene el momento de la parición y no me puedo ir de acá. O viene el momento de la esquila, ¿a dónde me voy a ir? Como que siempre eso es más importante que la salud, y alrededor de todo eso también se va organizando la vida cotidiana desde los géneros”*.

Otras/os entrevistadas/os refieren a que las mujeres aparecen en el ciclo de la enfermedad como referentes de las acciones de cuidado tanto en los ámbitos rurales como en las ciudades:

“(...) cuando empezaron las escuelas a estar presentes en los parajes, se favoreció el tema del presentismo, y entonces era más fácil que el hombre se quedara en el campo y la mujer con sus pibes, iban a la escuela” (TS1).

“Y la mujer termina siendo, me parece que en lo cotidiano, por lo menos quien te recibe en general en las visitas. Sí, y quién me reclama pasar” (AS1).

“En las áreas urbanas, en general es más la mujer, porque está con el tema de los controles de los niños y todo, el hombre ahí queda muy desdibujad (AS2).

Según se deriva de los fragmentos precedentes, existe una distribución de roles de género, en los cuales, las mujeres se dedican al trabajo reproductivo de la vida cotidiana, ocupándose especialmente de las tareas de cuidado, tanto las vinculadas a controles de la enfermedad como demandando a las/os agentes sanitarios que hagan visitas domiciliarias, mientras que los hombres se abocan al trabajo productivo.

En coincidencia con lo señalado en capítulos previos, en los últimos años el ciclo de la enfermedad comenzó a presentarse en las áreas urbanas como consecuencia del traslado de las personas con su bagaje de costumbres y saberes rurales. Así V2 se refirió a la migración en la ciudad donde vive y trabaja:

“(...) tiene la característica que hay mucha gente que ha venido a vivir acá o que van mucho al área rural y viven acá, entonces me parece que el lugar geográfico de donde vive la persona en este caso no sé si es tan relevante (...).” y “(...) a la larga todo tiene el mismo componente, metros más o metros menos, vivir en un área rural o urbana o suburbana, todo lugar tiene el componente de la presencia de ovejas y perros y el hábito de carnear”.

M2 y AS1 describieron situaciones puntuales que tienen una estrecha relación con ese movimiento que realizan las personas de las zonas de población dispersa hacia parajes, pueblos rurales o ciudades de cercanía:

“La gente tiene laburos en zonas rurales. Y van y vienen. Vienen a pasar el invierno acá o vuelven” (AS1).

“Lamentablemente después, cuando me fui a trabajar allá, vi como la escuela se cerró, porque no había niños (...)” (M2).

“Entiendo que quizás en otros parajes, en la línea, es diferente. Pero acá igual hay mucha población mayor todavía. O sea, gente con edades avanzadas, algunos que viven solos.” (AS1).

En relación a las condiciones de vida de las personas que habitan los territorios de la hidatidosis, surgieron reflexiones, que trascienden lo enunciado en el programa e involucran la vulneración de distintos derechos (agua, energía, vivienda, educación), aunque no están enunciados en esos términos. Así M1, TS1 y AS1 decían:

“Pero si no tienen agua potable, si no tienen leña para calentar, si el alimento para el perro es lo que tienen (haciendo referencia a las achuras). Tenemos que seguir educando. Pero si no le damos las comodidades o necesidades o los elementos con los cuales le decimos lo que tienen que hacer, los educamos y si no le damos lo otro, no sirve” “(...) Con respecto a la pobreza, tiene mucho que ver con las condiciones de vida y con la ignorancia, solo le cambió un poco el sentido, la ignorancia nuestra, como profesionales de salud, por no conocer de qué se trata la enfermedad” (M1).

“Es la pobreza mirada desde acá. Entonces, yo ahí sí puedo intervenir, puedo decir cómo tiene que vivir, pero no me acerco a eso. Me parece que falta esa cuestión. Por eso digo, a veces se separa muy fácil lo urbano de lo rural” (TS1).

“(...) si nosotros, por ejemplo, usamos aguas que no están potabilizadas entendemos que en el agua también está el bicho, entonces también eso es un riesgo porque vos decís, bueno si me lavé las manos con la misma agua que tiene un bicho” (haciendo referencia a las fuentes de agua de las áreas rurales) (AS1).

En las entrevistas realizadas a trabajadoras/es que han estado más relacionados con el campo (V1, V3, TS1) surgieron también, como parte de la caracterización de estos territorios, los fenómenos naturales que influyen o influyeron en los ciclos de producción. Así es que las sequías y la ceniza del Volcán Puyehue en 2011, han sido eventos que marcaron la región rural e influyeron en animales y personas. En los animales la afectación fue directa a través del deterioro o pérdida de las pasturas y fuentes de agua, o de manera indirecta, a través del repoblamiento animal que se realizó con posterioridad mediante los programas de fortalecimiento productivo, re incorporando el parásito a campos que se mantenían bajo control. Estos eventos afectaron también a las personas favoreciendo los procesos migratorios hacia centros más urbanizados como consecuencia de las mermas productivas.⁴

Estas reflexiones de los trabajadores vienen a aportar nuevos sentidos a los datos estadísticos y epidemiológicos encontrados respecto del aumento de la probabilidad de padecer hidatidosis de aquellas personas que viven en RC que no tienen acceso al agua potable, que poseen la canilla afuera de la vivienda, que tienen pisos que no se pueden limpiar, que cuentan con el tratamiento insatisfactorio de los efluentes y que utilizan combustibles que dificultan la cocción. En los contextos urbanos donde existe una limitante en la disponibilidad y acceso a financiamiento para mejoras habitacionales o

⁴Esta información se amplía a través de la investigación de Michel y Easdale (2023), que describen las asignaciones directas a los pequeños productores de la región, para mejorar la infraestructura predial como galpones, corrales, perforaciones, alambrados, molinos, tanques Australianos, mejoramiento de mallines, distribución de agua para animales y al repoblamiento de campos con mejoras genéticas, aspectos comerciales y fondos rotativos, donde se describe que el único abordaje sanitario animal que es susceptible de financiamiento está relacionado con la sarna, que no tiene importancia zoonótica en la Patagonia.

de regularización de la tenencia de las tierras que facilitan la conexión a servicios públicos, o en los contextos rurales donde la presencia de programas fomentan, en su mayoría, las mejoras para animales pero con pocas o nulas intervenciones en la vivienda de las y los pobladores, es comprensible que la pobreza y las desigualdades que se solapan en el no acceso a distintos derechos formen parte de los territorios de la hidatidosis.

La percepción de la hidatidosis como problema

Como venimos expresando, el inicio del programa tuvo una fuerte impronta rural, se promovió una estrategia de trabajo basada en la presencia de los equipos de salud en los lugares donde habitaban las personas y se mantenía el ciclo de la EQ. En esos años las tareas relacionadas al Programa eran prioritarias para veterinarios y agentes sanitarios, siendo prácticamente la única actividad que se llevaba adelante. Esto permitió que las y los trabajadoras/es tuvieran un gran conocimiento del territorio, como lo manifiesta en la entrevista V2: *“(…) es una enfermedad que te permite conocer todo el área rural en la cual uno tiene que trabajar. (...) había muchas herramientas de vigilancia que te invitaban también a estar continuamente trabajando”*.

Siguiendo a Drovetta y Eynard (2011), referirse a los patógenos como enemigos puede distorsionar la comprensión de las enfermedades, generando sentimientos de miedo y fatalismo que pueden afectar la disposición de las personas a adoptar estrategias preventivas. O también puede suceder que se desestime el saber que tienen las personas sobre el problema o se tienda a simplificar desde perspectivas que no favorecen a la resolución, tal como lo manifiestan M1, M3 y TS1:

“(…) porque la gente de la zona rural sabe, sabe! Cuando tiene la vómica sabe que eso no es un vómito, sabe que no es moco, sabe que es, ¡lo sabe!” (al referirse a un señor que vomitó los parásitos de su pulmón)” (M2).

“(…) que la enfermedad de hidatidosis sólo es porque el poblador le da las anchuras al perro. Me parece que es simplificar mucho el problema” (M1).

“(…) porque para las personas enterarse que tenían un diagnóstico positivo de hidatidosis, un quiste hidatídico que tenía que ser operado o controlado, lo que sea, en Bariloche era un problema. No era un..ah, bueno, gracias por venir y comunicármelo, gracias por visitarme” y “Entonces, cómo hacía esa persona para salir de su casa y enganchar el colectivo que pasaba. Sí, unos horarios...eran las cuatro de la mañana y para qué? Para que pudiera llegar al turno. Claro, al turno. Era como todo un desafío por todos lados” (TS1).

Según se desprende de las entrevistas, las personas no logran dimensionar a la enfermedad como un problema de salud, o al menos no lo hacen de la misma manera que los trabajadores de la salud pretenden se haga. Esta diferencia en las percepciones refuerza las tensiones que se dan en torno al cuestionamiento a los modos de vida de las personas por parte de los equipos de salud.

Así, según describen, existen familias que repiten la enfermedad entre sus miembros y en diferentes generaciones. Tal como manifiestan V2 y V1 respectivamente: *“(…) lo ven cuando ya lo tienen y a veces cuando lo tienen, uno ve que se repite en otros familiares. Ósea que, si bien no me dediqué a estudiarlo mucho, pero no se la tiene a esta enfermedad como un gran problema hasta que está presente”*.

“El abuelo tenía hidatidosis, el hijo tenía hidatidosis y el nieto tenía hidatidosis. Y el hermano mayor, que tenía 10 años más que la nenita que se contagiaba en ese momento, decía “yo llego del campo y le tiro las achuras crudas al perro”.

No obstante, las percepciones sobre la magnitud del problema por parte de algunas/os trabajadoras entran en tensión con su rol respecto a la implementación del programa. Según manifestara AS1:

“(…) yo creo que de lo que conozco de hidatidosis, siento que no es un problema en el tema de la salud de las personas. Si bien es un riesgo al cual estamos expuestos, hasta incluso nosotros mismos que trabajamos en salud porque estamos andando en el ambiente donde está. Yo no lo considero un problema”.

La presencia de hidatidosis en las áreas urbanas también aparece referenciada en las personas entrevistadas como un fenómeno a vigilar y atender dentro de las particularidades de la salud urbana, pero minimizada en el contexto de otras problemáticas que se han consolidado en la agenda de la salud pública urbana. Así V2 y AS1 decían:

“(…) el crecimiento demográfico afecta porque vos sos la misma persona para una cantidad mayor de población, de viviendas nuevas, y que además, se suman otras problemáticas a las que se le da más importancia o se atiende más, como las enfermedades crónicas no transmisibles que son complicadas y que tienen enseguida una afección a la persona, más notoria que un quiste hidatídico”.

“Un poco como está en los censos, digamos, la población nucleada en las ciudades, la población rural nucleada y la población rural dispersa, y ves que hay diferentes cosas que se dan en cada lugar (...). Entonces tenés diferentes cosas como para estratificar o zonificar de acuerdo a qué hay”.

El uso de las tecnologías y acciones de cuidado en la etapa de implementación

La política pública sanitaria en Río Negro se caracterizó por una fuerte base en la APS y en la ruralidad con estrategias y tecnologías que fomentaban el trabajo de cercanía entre el sistema de salud y la población, tal como se relata en la entrevista realizada por Viozzi y Torres Curth (2023:14) al primer gestor del programa donde relata que *“mis salidas rurales sumaban más de 20 días al mes”.*

En este contexto, pareciera que el programa de control de hidatidosis ha sido diseñado apelando al uso del maletín tecnológico completo que propone Merhy et al. (2006), mediante el uso de las tecnologías duras principalmente para vigilancia y diagnóstico tanto en personas como en animales, las duras-blandas para normatizar y evaluar las acciones y las blandas como fortaleza vincular para llegar a la población.

En los inicios de programa, en la etapa de implementación, las tecnologías blandas han sido las protagonistas del éxito en la reducción de las tasas de prevalencia e incidencia, apuntaladas por las tecnologías duras y duras-blandas que aseguraban la calidad de las acciones aplicadas, como refieren V1 y V2:

“(…) el otro componente que nos aporta el estudio de campo, era llegar con el equipo de salud al lugar y poder trabajar las herramientas de prevención, que a la larga tanto la vigilancia como las mismas herramientas de prevención, apuntan a lo mismo, a no tener casos”.

“(…) tuve una niñita que no recuerdo si tenía dos años, era muy chiquitita, entonces dije, bueno, acá tengo un problema, tengo el parásito bien vigente porque la niña no tenía mucha historia de vida para haberse contagiado, no anduvo por la vida en muchos lugares. Y bueno, fue así que hice una playa de arecolina y saqué un perro positivo muy cercano a ese lugar y fue como, que guau, descubrí algo” (arecolina hace referencia a una purga entregada a los perros para ver los parásitos de manera directa).

Aquí la acción de este trabajador, interpretando la presencia del parásito en el contexto de la vida de una niña, implicó dar un curso distinto a las acciones recomendadas en la letra del plan.

Sin embargo, con el transcurrir de los años, el crecimiento de la población bajo programa, los movimientos de las personas, la ampliación de problemas sanitarios hacia otras zoonosis y las enfermedades no transmisibles, han dado un vuelco en los equipos, alejándolos de esas relaciones de cercanía, reduciendo las posibilidades de encuentro y acciones directas.

Según se desprende de sus testimonios, estas nuevas realidades han obligado a zonificar o focalizar las acciones, aunque continúan considerando que la implementación cierta y cotidiana del programa depende de ese encuentro. Y así lo manifiesta V1 que se refiere al trabajo actual: *“es más puertas adentro que puertas afuera (…). Pensar el programa más focalizado, de acuerdo a la estructura poblacional, haciendo un diagnóstico de situación (…) identificando cuáles son las zonas problemas, pero para eso necesitas hacer un diagnóstico, y para eso necesitas ir al lugar.*

En este marco, resulta relevante la distinción planteada por M1 y TS1 respecto de las distintas formas de saber/conocer de/sobre la hidatidosis: *“una cosa es saber de la enfermedad, otra cosa es estudiar la enfermedad y otra cosa es conocerla. Y realmente la conocí cuando empecé a viajar a la línea sur. Ahí entendí de qué se trataba”.*

Aquí, el conocimiento más valorado respecto de las posibilidades de intervención efectivas, está en el contacto de primera mano, siendo que los otros modos de conocimiento, no permitían una comprensión del fenómeno. “ahí entendí de qué se trataba”.

En el mismo sentido, (TS1) señaló que:

“Las intervenciones tienen que ser cercanas y conociendo la realidad”.

En las ciudades, el abordaje de la hidatidosis depende tanto del interés de las y los trabajadoras/es como de la presencia de algún integrante que haya vivido o trabajado en las áreas rurales que sostenga las acciones de vigilancia y diagnóstico en la agenda local. Así lo manifiestan los integrantes de equipos de trabajo de algunos centros de salud de Bariloche, donde las acciones de cuidado como el catastro ecográfico se llevan adelante por iniciativa de alguno de sus miembros, mientras que en otros no se realizan. Esas diferencias, ponen de manifiesto la importancia que tienen las/os miembros de los equipos de salud en la instancia de implementación, estableciendo una brecha entre lo escrito, “lo sugerido” y lo que sucede, o no, en terreno.

En las áreas urbanas el catastro ecográfico se encuentra vinculado a la salud escolar, un programa de salud que se realiza entre el Ministerio de Salud y de Educación provinciales, mediante controles sanitarios a los niños en 1ero, 4to y 7mo grado. Este programa, está teniendo algunas adecuaciones durante el presente año, por lo que es otro factor que atenta contra la realización de la búsqueda ecográfica en niños de edad escolar.

“ (...) porque en realidad es como algo que está sumamente estipulado en las áreas rurales y en las áreas urbanas va tomando las improntas más traídas de los trabajadores que han estado en el área rural. Yo pensé que era algo como obligatorio. Y no, está como sugerido, en realidad está sugerido el catastro ecográfico escolar” (TS1).

En consonancia con el análisis realizado en el capítulo (5), respecto de la pérdida de información en los registros hospitalarios de las personas enfermas con hidatidosis, y el incumplimiento en los controles posteriores al diagnóstico y tratamiento de esas personas, que corresponde según la Norma, M1 manifestó que el registro constituía una debilidad personal y del equipo que conduce, y el G2 también reconoció las fallas a lo largo del tiempo, en el sistema de notificación. Las y los agentes sanitaria/os, por su parte, manifestaron que la dificultad actual para el registro de sus actividades obedece a la incorporación de un nuevo sistema informático mediante carga a través de una tablet táctil, que no queda vinculado a la persona sino a la vivienda.

En este contexto, las dificultades reseñadas: tanto las pérdidas de información como de los registros, atentan contra las posibilidades de seguimiento y comprensión de la enfermedad, más aún, teniendo en cuenta que las encuestas epidemiológicas que se realizan a cada persona diagnosticada registra solamente el lugar de posible transmisión (o contagio) del parásito, entendiéndolo como el espacio en que se dan las condiciones geográficas, climáticas y sociales para el ciclo, que no siempre coincide con el lugar de residencia.

Actualidad y perspectivas del programa

No quisiéramos cerrar el capítulo sin señalar que las entrevistas fueron realizadas en un marco de una profunda crisis del sistema de salud provincial, en parte por desfinanciamiento y en parte por una reestructuración sanitaria que ha llevado a una reducción de la planta de trabajadoras/es y de las prestaciones brindadas. Esta situación se dejó entrever en la totalidad de las personas entrevistadas, manifestando de maneras diferentes la preocupación y la sensación de que se está transitando hacia una reducción en las acciones del Programa de Control que pone en riesgo a la población rionegrina.

En esta línea, señalaron que durante los últimos años se dio un proceso de retracción de las acciones de vigilancia ambiental como consecuencia del alejamiento del sistema de salud de las áreas rurales, o por la finalización de proyectos de investigación como la vacunación ovina o por la adecuación a nuevas técnicas diagnósticas (como la incorporación de PCR en materia fecal canina). Estas transformaciones fueron interpretadas negativamente por el modo en que afectan las maneras de trabajar territorialmente ya que impiden conocer las situaciones que se dan en cada lugar, para poder orientar y anticipar las acciones de vigilancia y cuidado.

“Si seguimos así, en picada, puede haber problemas. Porque se siguen manteniendo las formas de vida rurales.(...) Hay menos agentes sanitarios en mi hospital. Somos menos que cuando yo entré. Y no tenemos como la certeza de que vayan a haber nuevos ingresos” (AS1).

“(...) se pierde todo un trabajo que, si tiene que pasar va a pasar, pero el que se va a llevar la peor parte es la persona, el paciente. Entonces me preocupa eso en este momento, me preocupa no poder hacer algo más para ayudar con esto de que el programa continúe” (M1).

En este capítulo hemos reconstruido parte de las percepciones de las personas que han integrado el sistema de salud de la provincia. Hemos podido comprender que quienes implementaron el programa iniciado en los años '70 lo han sostenido hasta la actualidad en espacios de incertidumbre, atravesados por relaciones de poder entre “quienes diseñan” y quienes están en territorio, al tiempo que por relaciones jerarquizadas al interior de los mismos equipos territoriales, impregnados a su vez por tensiones en torno a valores y creencias, disputando sentidos respecto al significado general de su propio trabajo. Según pudimos observar, en sus acciones confluyen universos de sentido diversos que responden a lógicas diferentes: la de las normas y roles institucionales, ligados a lo escrito en el programa y el de las prácticas privadas de cada trabajador/a, que se constituyen en piezas claves no sólo respecto del desarrollo del programa, sino también y más importante aún, en el cumplimiento del derecho a la salud (Pérez, 2017).

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de la presente tesis nos propusimos analizar a la hidatidosis como objeto de política pública. En esta línea, reconstruimos los hitos salientes que llevaron al reconocimiento de la enfermedad como “asunto” atendible desde el Estado, a su vez, analizamos el programa de Control provincial, atendiendo a las concepciones o supuestos respecto de los diferentes componentes de la trama epidemiológica identificando un sesgo biólogo en el abordaje del mismo. Por otra parte, analizamos las características sociodemográficas, económicas y sanitarias de la población destinataria del mencionado programa provincial, y analizamos los registros hospitalarios de las personas que se han enfermado de hidatidosis en la región andina. Finalmente, orientamos la mirada a la etapa de implementación del programa, buscando también comprender qué rol juegan en la práctica las y los agentes que llevan adelante la política en terreno, principalmente en el área rural.

El foco estuvo puesto en los departamentos de Bariloche, Ñorquinco y Pilcaniyeu que integran la zona andina y parte de la estepa de la provincia de Río Negro, con una importante producción ovina y un predominio de población con características rurales altamente relacionadas con las ciudades de cercanía. La constante redistribución de su población, producto principalmente de procesos de migración que se dan por motivos políticos, laborales, familiares, por mejoras en la calidad de vida, acceso a la tierra y la vivienda o por la búsqueda de distintas redes sociales de sostén configura la trama de relaciones entre las ciudades, los pueblos, parajes y “el campo” en que se da la hidatidosis.

En este territorio rionegrino la estructura de los hospitales organizada por complejidades pareciera que ha favorecido el acceso de las personas a la salud, no sin las dificultades propias del sistema sanitario, como ha sido (y lo es) un modelo biomédico asimétrico en cuanto a la relación médico-paciente/población o un sistema de referencia y contrareferencia inserto en las características geográficas y climáticas propias de la región que pueden resultar en una limitante para las familias que viven y trabajan en ella.

Considerando lo planteado por Santos (2000), que refiere al espacio como una construcción social en constante movimiento; con memoria histórica del pasado y relaciones sociales del presente, creado y delimitado por los grupos sociales pero que no siempre es coincidente con las unidades político administrativas propuestas por la PP, el concepto “*territorio de la hidatidosis*” que surge de las y los trabajadoras/es que han implementado el programa, viene a dar sentido a esta noción. El territorio de la hidatidosis hace referencia a ese espacio donde se entrelazan las relaciones formando un entramado entre las y los habitantes, el sistema de salud, las otras instituciones presentes, quienes no habitan el lugar, pero resultan en actores locales y el vínculo con los animales. Una red de seres humanos y no humanos, prácticas y costumbres que sostienen el ciclo de la hidatidosis. Lo interesante de esta “categoría nativa”, en el sentido antropológico, fue comprender las concepciones internas, los presupuestos de los equipos de trabajo, sin imponer impresiones externas, propias de quien investiga. Este acercamiento y la reflexión respecto de esta categoría nos permitió reconocer que los procesos pueden ser rurales y/o urbanos, que no se trata del espacio físico, sino que dicho territorio se configura en torno a un entramado relacional que lo trasciende, saliendo de la dicotomía de ciclos urbanos o rurales. Los ciclos son de las personas y sus vínculos con el entorno.

En el afán de comprender si el lugar donde viven las personas puede interferir en la presencia de la enfermedad, es que el espacio rural fue estudiado en pequeñas unidades entendiendo que podrían poner al descubierto diferencias hacia adentro del mismo espacio rural. Esta propuesta metodológica se hace eco de lo planteado por Perner y Alazraqui (2021) respecto de las limitaciones de los sistemas de información y de sus unidades de medición en estudios con mayores niveles de agregación, lo cual encubre diferencias y homogeniza valores que pueden ocultar una amplia dispersión. Esta disgregación del espacio brindó información relevante acerca de la correlación entre niveles de pobreza por NBI y presencia de hidatidosis, aportando elementos a la comprensión del proceso salud-enfermedad y que, por ende, podrían utilizarse al momento de evaluar y rediseñar acciones del Programa.

Asimismo, la indagación de los registros hospitalarios, permitió poner en cuestión cierto sentido común circulante respecto de la relación entre complejidad hospitalaria y nivel de atención, fundada en el supuesto de que, a más complejidad hospitalaria, mejor seguimiento/atención. Así, tal como pudimos mostrar, los hospitales con menor complejidad, es decir, los hospitales rurales, tuvieron registros más exhaustivos y completos, logrando mayor cantidad de controles en las personas diagnosticadas, según lo que correspondía por Normas de Diagnóstico y Tratamiento. La interpretación de los motivos de esta disparidad escapa a las pretensiones de esta tesis, no obstante lo cual, consideramos que en los hospitales de mayor complejidad, ubicados en las ciudades, la definición de las agendas tal vez esté marcada por una mirada dicotómica respecto de lo urbano y rural y que dicha mirada se exprese en la subestimación de problemas que les resultan ajenos. A modo de reflexión, es notoria la omisión del sector privado en todos los registros suministrados, lo que abre otra línea de interrogantes.

Al mismo tiempo, el análisis de los registros hospitalarios y de las entrevistas realizadas, permitió entender el aumento significativo de casos registrados en el año 2012 y 2019. Para 2012, el incremento fue como resultado de un cambio en el sistema de notificación obligatoria y un agrupamiento de casos retrospectivos que no habían sido cargados oportunamente, y en 2019 fue a instancias de un proyecto de investigación (PERITAS) que alentó la búsqueda activa de nuevos casos. En este punto, destacamos la riqueza de la complementariedad de los análisis realizados, ya que, de habernos limitado al análisis de estadísticas hospitalarias, las conclusiones hubieran sido erróneas.

La incorporación de aspectos socioeconómicos, factores ambientales, biológicos, conductuales, laborales, culturales y de los servicios sanitarios como determinantes de la salud (Menéndez, 1998) en el análisis de las personas enfermas de EQ, nos permitió evidenciar la relación entre niveles de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas y posibilidad de enfermar de hidatidosis o dicho de manera inversa, de qué modo la disponibilidad y acceso a servicios como el agua potable, el gas por red, la conexión a cloacas, el acceso a internet y el uso de tecnologías informáticas, reducen las vulnerabilidades a las enfermedades parasitarias, en particular para la hidatidosis, como ha planteado por Gamboa et al. (2014).

Por otra parte, el análisis de la distribución territorial de los casos nos permitió entender la relación que toma el ciclo de la hidatidosis en torno de las desigualdades socioeconómicas y territoriales en la zona Andina de la provincia de Río Negro, aportando, tal vez, al debate propuesto por Betancur (2019) en torno a los modos de analizar las políticas públicas respecto a la necesidad de desarrollar marcos teóricos y metodológicos que permitan comprender las particularidades socioeconómicas,

culturales e históricas de cada región. El mapa de desigualdades territoriales para la hidatidosis en la región construido en el marco de esta tesis contribuye a la comprensión de las particularidades que caracterizan a cada espacio habitado. Así, logramos identificar que en la población dispersa y parajes la distribución de casos es coincidente con NBI Alto. En el caso de pueblo rural tiende a tener una distribución de casos similar a los que sucede en las ciudades. Y en estas últimas, la distribución requiere una mirada particular en las dos localidades de mayor tamaño, así observamos que en El Bolsón la distribución tiende a ser más homogénea entre niveles de NBI Alto, Medio-Alto y Medio, y en Bariloche los casos se concentran principalmente en los sectores con NBI Alto.

Finalmente, el análisis de la instancia de implementación del programa provincial de control de hidatidosis a partir de los testimonios de trabajadores y trabajadoras que se han desempeñado en distintas funciones en el marco del mismo, aportó a la comprensión y resignificación de hallazgos de otros capítulos de la tesis. En particular, destacamos la heterogeneidad de los equipos, tanto en aspectos técnicos como de disponibilidad de recursos, configurando distintos modos de “implementación” del programa en virtud de prioridades, intereses, modos de trabajo, recursos disponibles, interpretación y valoración de la importancia o no de trabajar con las personas enfermas de hidatidosis o en la prevención, que se conjugan con territorios, también heterogéneos. En la misma línea, fue posible observar el rol protagónico que tienen las y los encargadas/os de la implementación de los programas en la disputa de sentidos que se da en cada una de las instancias del ciclo de una política pública y en la de implementación en especial. Disputa de sentidos que se manifiesta por ejemplo en el establecimiento de prioridades o en la intermitencia de las acciones del programa, por mencionar algunas dimensiones. Esta intermitencia, nos reenvía a la noción de política pública como un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión (o tema) que requiere la atención, interés o movilización de otros actores. Así, la intermitencia de las acciones, puede ser leída también como intervalos de omisiones, que implican un tipo de respuesta (la no atención) por parte del Estado a algunos agentes.

Por otra parte, pudimos identificar disparidades en la relevancia que los y las trabajadores de la salud atribuyen a la hidatidosis, situación que tensiona su propio rol respecto a la implementación del programa. En este marco, la presencia de hidatidosis en las áreas urbanas apareció minimizada en los discursos de las y los trabajadoras/es de la salud entrevistados, respecto de otras problemáticas que se han consolidado en la agenda de la salud pública urbana.

Haber analizado la política sanitaria y en particular al programa de control nos permitió comprender que las etapas distinguidas analíticamente en el ciclo de las políticas públicas (Aguilar Villanueva, 2009), no son tan fácilmente limitables, se cruzan, se entrelazan, se potencian o debilitan en cada contexto y en cada actor que interviene. Siguiendo a Skopcpol (2018) se trata de un proceso complejo a través del cual el Estado interviene como un actor conformado por una pluralidad de actores, que aportan cada uno diferentes dotaciones de recursos, con objetivos diferentes o incluso contradictorios, y que tienen la capacidad para desplegar esos recursos en función a sus propios intereses y preferencias, pero, aun así, pueden actuar coordinadamente.

Llegando hacia el final de la tesis, considero oportuno recuperar la definición de salud que consta en el Plan (de Salud) de la provincia que la concibe como “*no (...) estática, (que) se modifica continuamente, es conflicto, tensión, búsqueda y lucha, y se*

contextualiza con cada persona”, para convocar a la reflexión acerca de la “arena” o el territorio donde cotidianamente se implementan las PP y donde cada gestor/a y trabajador/a es atravesado e interpelado por la tensión entre lo real y lo escrito a la vez que puede interpelar esa relación en busca de ofrecer cuidados a quienes son destinatarios de esas acciones.

Para dar cierre al presente trabajo, quiero explicitar que el mismo ha sido moldeado por los múltiples espacios que habité y habito en mis años de práctica profesional y desde los cuales me interrogué y busqué formarme y producir también otro tipo de conocimientos. Así como lo/as agentes sanitarios pusieron de manifiesto las tensiones implicadas en su doble rol al ser pobladores y/o trabajadores, para mí también este recorrido ha sido un transitar con ondulaciones. Llego así, al final del proceso preguntándome por ese doble rol, en este caso, entre lo técnico y lo académico, transitando tal vez, mi propia vivencia, experimentando una difusa frontera, un borramiento de límites entre quehaceres (Guiñazú y Navarro 2024), que se fusionan en torno a las ideas de compromiso, trayectoria y crítica.

BIBLIOGRAFIA

- Aguilar Villanueva L. 1993. Estudio Introductorio. En *La Implementación de las políticas*. 1era Edición. Editorial Porrúa, pp 15-94.
- Aguilar Villanueva L. 2009. Marco para el análisis de las políticas públicas. En *Política pública y democracia en América Latina: del análisis a la implementación*. Editorial Porrúa.
- Altcheh J, Fernández G, Gutiérrez N, Pizza H y Taranto N. 2007. Geohelmintiosis en la República Argentina. Programa Nacional de Desparasitación Masiva. Ministerio de Salud de la Nación, Buenos Aires, Argentina.
- Álvarez P, Castigliones N, Moreno S y Bolpe, J. 2018. Hidatidosis en niños de la Provincia de Buenos Aires. *Arch Argent Pediatr* 2018, 116 (3): e476-e481.
- Apt Baruch W. 2013. Parasitología humana. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A. Werner Apt B. Mc Graw Hill Interamericana Editores S.A. México.
- Avenburg A, Houllé J, Luvini P y Rodrigues Pires, M. 2023. Guía práctica para caracterizar a la población objetivo de una política pública a partir de registros administrativos. 1era Edición. FUNDAR. Disponible en <https://www.fund.ar>
- Bandieri S. 2000. Ampliando las fronteras: la ocupación de la Patagonia. En *Nueva Historia Argentina: El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*, Vol. 5, Bs. As., Editorial Sudamericana pp. 119-178.
- Bandieri S. 2006. Del discurso poblador a la praxis latifundista: La distribución de la tierra pública en la Patagonia. *Mundo Agrario. Revista de Estudios Rurales*, CEHR-Universidad Nacional de La Plata, N° 11, primer semestre, versión electrónica <http://mundoagrario.unlp.edu.ar/>.
- Bendini M. y Steimbregger N. 2011. Ocupaciones y movilidades en pueblos rurales de la Patagonia. Una mirada desde lo agrario. En *Mundo Agrario*, 12 (23). http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5034/pr.5034.
- Berman P. 1993 El Estudio de la Macro y Micro implementación. En *La Implementación de las Políticas*. Antologías de Políticas Pública. 1era Edición. . Editorial Porrúa, pp. 281-322.
- Betancur N. 2019. Las políticas públicas en América Latina: enfoques teóricos y variantes nacionales. X Congreso Latinoamericano de Ciencia política. Monterrey. México.
- Betancur N, Bidegain G y Martínez R. 2023. El estudio de las políticas públicas desde la Ciencia Política: Miradas latinoamericanas. *Gestión y política Pública* 32 (2):187-226. <https://doi.org/10.60583/gypv.v32i2.8127>.
- Bondel C, Vazquez A, Ñancufil A y González M. 2018. Micropueblos en la Patagonia central y perspectivas territoriales. Los casos de Buen Pasto, Aldea Apeleg y Facundo. Comodoro Rivadavia: *Edupa*. Editorial Universitaria de la Patagonia.
- Botero D. 1998. Parasitosis Humanas. 3° Edición. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. Editorial Rojo.

- Bulloni M y Curtino B. 2017. Análisis del sesgo urbano que presenta el método NBI para medir pobreza estructural en hogares tareferos. XXXI Congreso ALAS (Asociación Latino Americana de Sociología). Montevideo, Uruguay
- Cardozo Brum M. 2013. Políticas públicas: los debates de su análisis y evaluación. *Andamios*, 10 (21), 39-59.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-
- Caruso P. 2020. De la percepción social a los territorios de la hidatidosis en la IV Zona Sanitaria, provincia de Río Negro. Jornadas de Etnografía y métodos cualitativos. Modalidad Virtual
- Castro H y Reboratti C. 2008. Revisión del concepto de ruralidad en la Argentina y alternativas posibles para su redefinición. 1ra Ed. Buenos Aires: Secretaría Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, 2007. E-Book. Estudios e investigaciones: 15.
- Coronato, F. El rol de la ganadería ovina en la construcción del territorio de la Patagonia. 2010. Tesis doctoral. Doctorado ParisTech. Escuela Doctoral ABIES: Agricultura, Alimentación, Biología, Medio ambiente y Salud. Disponible en: <https://pastel.archives-ouvertes.fr/pastel-00593011>
- Cowan Ros C. y Berger M. 2018. Sujetos a la organización. Prácticas asociativas y políticas en procesos de desarrollo rural en Jujuy y Formosa, Argentina. CEUR-CONICET. <https://www.researchgate.net/publication/326579713>
- Denegri G, Elissondo C y Dopchiz M. 2002. Situación de la hidatidosis/equinococosis en la República Argentina. Buenos Aires. Editorial Martin.
- Diez Roux A. 2008. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Revista Región y Sociedad*. VOL. XX. Número especial 2 pp77-91.
- Dopchiz M, Elissondo M y Denegri G. 2002. Situación de la hidatidosis/echinococosis en el sudeste de la provincia de Buenos Aires”. *Jornadas Nacionales de Hidatidosis*. Catamarca, Junio 2002.
- Drovetta R y Eynard R. 2011. La construcción de metáforas y adjetivaciones sobre la enfermedad en la prensa escrita: el caso de la epidemia de dengue en Córdoba durante abril de 2009. *Saude e Sociedade* N° 20, pp: 236-251.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100024>
- Flores V, Viozzi G, Rauque C, Mujica G, Herrero E, Ballari S, Ritossa L, Miori G, Garibotti G, Zacharias D, Treuque J, Chang Reissig E, Vazquez G, Pierangeli N y Lazzarini L. 2022. A cross-sectional study of free-roaming dogs in a Patagonian city: Their distribution and intestinal helminths in relation to socioeconomic aspects of neighborhoods. *Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports* 33: 100747
- Gallardo J. 2019. La Implementación de Políticas Sociales en la Región Sur Rionegrina (2011-2015). Tesis de maestría en Desarrollo Humano. FLACSO Argentina.
<https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/898/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Gallardo%2C+Jessica+Mariana>

- Gamboa M, Kozubsky L, Costas M, Garraza M, Cardozo M, Susevich M, Magistrello P, Navone G. 2009. Asociación entre geohelminthos y condiciones socioambientales en diferentes poblaciones humanas de Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26 (1):1-8.
- Gamboa M, Zonta L, Navone G. 2010. Parásitos intestinales y pobreza: la vulnerabilidad de los más carenciados en la Argentina de un mundo globalizado. *Journal of the Selva Andina Research Society* 1: 23-36.
- Gamboa M, Navone G, Orden A, Torres M, Castro L, Oyhenart E. 2011. Socioenvironmental conditions, intestinal parasitic infections and nutritional status in children from a suburban neighborhood of La Plata, Argentina. *Acta Tropica* 118: 184-189.
- Gamboa M, Giambelluca L y Navone G. 2014. Distribución espacial de las parasitosis intestinales en la ciudad de La Plata, Argentina. *Medicina* (Buenos Aires) 2014; 74: 363-370
- Garibotti G, Zacharías D, Flores V, Acuña N, Catrیمان S, Falconaro A, Fekete E, González T, Kabaradjian S, Luque L, Macedo B, Molina J, Rauque C, Soto M, Vázquez G, Vega R, Velázquez C y Viozzi G. 2017. Dogs and human health. Epidemiological situation, Bariloche, Argentina. *Medicina* 77: 309-313.
- Garibotti G, Guardamagni A, Zacharías D, Viozzi G, Flores V, Alvarado B, Bustamante R, Chang Reissig E, González T, Rauque C, Santos K, Vega R y Walker M. 2021. Características demográficas de la población canina de una ciudad de la Patagonia, Argentina: Implicancias para el manejo de la población canina y la salud humana. *Revista de Investigaciones Veterinarias del Perú* 32: e19430.
- Gonzalez Gonzalez C, Caballero Hoyos J y Chavez Mendez M. 2011. Las metáforas de la influenza humana A (H1N1) en México: el escenario nacional al descubierto. Una aproximación a través de la prensa mexicana. *Comunicación y Sociedad, Nueva época*, N°. 16, pp. 105--132.
- Guarnera, E. 2013. Aspectos esenciales de la interfase de las zoonosis parasitarias. 1era Edición. . Buenos Aires. Editorial Dunken,
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INDEC). 2010. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. REDATAM. <https://redatam.indec.gob.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MO->
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (INDEC). 2013. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Base de datos: Definiciones de los indicadores. REDATAM.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. INDEC. 2013. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Base de datos. Definiciones de bases de datos. REDATAM.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (INDEC). 2015. Unidades Geoestadísticas. Cartografía y códigos geográficos del Sistema Estadístico Nacional. <https://geoservicios.indec.gob.ar/codgeo/index.php?pagina=definiciones>

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2015. Informe preliminar sobre indicadores básicos de acceso y uso. Resultados de mayo-julio de 2015. Encuesta Nacional sobre Acceso y Uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación (ENTIC). INDEC. Ministerio de Economía y finanzas públicas. https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/entic_10_15.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). 2021. Anuario Estadístico de la República Argentina 2021. 1era Edición. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/anuario_estadistico_2021.pdf
- Jaime F, Dufour G, Alessandro M y Amaya P. 2013. Introducción al análisis de políticas públicas. 1ra ed. Universidad Nacional Arturo Jauretche.
- Juárez M y Rajal V. 2013. Parasitosis intestinales en Argentina: principales agentes causales encontrados en la población y en el ambiente. *Revista Argentina de Microbiología* 45: 191-204.
- Kabaradjian S. 2017. Hidatidosis: del campo a la ciudad. Tesis de Especialidad en Salud Pública Veterinaria. Facultad de Cs Veterinarias, UNLPam. <https://repo.unlpam.edu.ar/handle/unlpam/994>
- Labanchi J, Poggio T, Gutiérrez A, Mujica G, Araya D, Grizmodo C, Calabro A, Crowley P, Arezo M, Seleiman M, Herrero E, Sepulveda L, Talmon G, Diaz O y Larrieu E. 2022. Analysis of vaccination strategy against cystic echinococcosis developed in the Province of Río Negro, Argentina: 12 years of work. *Veterinary Parasitology*, 310, pp 241-254
- Larrañaga G. 2022. Curso de Introducción a las ciencias agrarias y forestales: una aproximación a la realidad regional de la argentina teoría y metodología para una mirada problematizadora y crítica de la realidad agropecuaria y forestal en las diferentes regiones de la Argentina. Gustavo. Disponible en Aula Virtual Biblioteca y aula virtual Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Facultad de Ciencias Agrarias y Forestales. Disponible en: https://aulavirtual.agro.unlp.edu.ar/pluginfile.php/134520/mod_resource/content/1/Patagonia.pdf.
- Larrieu E, Costa M, Cantoni G, Alvarez J, Giménez N y Pérez A. 1994. Control de la hidatidosis en la provincia de Río Negro, Argentina. Evaluación Actividades de Atención Veterinaria. *Revista de Sanidad e. Higiene Pública* 68:197-202.
- Larrieu E, Costa M, Cantoni G, Labanchi J, Bigatti R, Pérez A, Araya D, Mancini S, Herrero E, Talmon G, Romeo S y Thakur A. (A) 2000. Programa de control de la hidatidosis en la provincia de Río Negro Argentina. 1980-1997. *Boletín Chileno de Parasitología*. Vol 55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0365-94022000000300003>
- Larrieu E, Frider B, Del Carpio M, Salvitti J, Mercapide C, Pereyra R, Costa M, Odriozola M, Pérez A, Cantoni G y Sustercic J. (B) 2000. Portadores asintomáticos de hidatidosis: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. *Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health* 8 (4).
- Larrieu E, Costa M, Del Carpio M, Moguillansky M, Bianchi G y Yadon Z. 2002. A case-control study of the risk factors for cystic echinococcosis among

the children of Río Negro province, Argentina. *Annals of Tropical Medicine & Parasitology*, Vol. 96, 1: 43-52.

- Larrieu E, Seleiman M, Herrero E, Mujica G, Labanchi J, Araya D, Grizmado C, Sepúlveda L, Calabro A, Talmón G, Crowley P, Albarracín S, Arezo M, Volpe M, Ávila A, Pérez A, Uchiumi L, Salvitt J y Santillan G. 2014. Vigilancia de la equinococosis quística en perros y niños en la provincia de Río Negro, Argentina. *Revista Argentina de Microbiología* 46, 2: 91-97.
- Lawson A, Boaz R, Corbera'n-Vallet A, Arezo M, Larrieu E y Vigilato M. 2020. Integration of animal health and public health surveillance sources to exhaustively inform the risk of zoonosis: An application to echinococcosis in Rio Negro, Argentina. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008545>
- Llambí L. 2012. Procesos de transformación de los territorios rurales latinoamericanos: los retos de la interdisciplinariedad. *Eutopía*, Número 3, Quito.
- López C. 2010. La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén desde una perspectiva histórica. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria
- Maldonado M y Gomiz Gomiz J. 2012. ¿Con vocación universalista? La construcción de un sistema de salud en Río Negro. VI Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, organizada por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP). Quito
- Matossian B. 2015. División social del espacio residencial y migraciones. El caso de San Carlos de Bariloche. *EURE*, Vol 41 124:163-184.
- Menéndez E. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos DEL Colegio De México*, 16, 46: 37-67.
- Merhy E, Feuerwerker L. y Ceccim R. 2006. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2, 2:147-160.
- Michel C y Easdale M. 2023. Desarrollo y política pública en Argentina: el caso de Ley Ovina en Río Negro. *Estudios Rurales*. Publicación del Centro de Estudios de la Argentina Rural vol. 13, núm. 28. Universidad Nacional de Quilmes, Argentina
- Ministerio de Salud de Río Negro. 2009. Normas de diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana. Res. 3541/09 "MS".
- Ministerio de Salud de Río Negro. 2018. Normas de diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis humana. Res 2624 /18 "MS".
- Moro P, Cavero P, Tambini M, Briceño Y, Jiménez R y Cabrera L. 2008. Prácticas, conocimientos y actitudes sobre la hidatidosis humana en poblaciones procedentes de zonas endémicas. *Revista de Gastroenterología del Perú* 28: 43-49.

- Mujica G, Kabaradjian S, Flores V, Rauque C, Viozzi G, Vega R, Vazquez G, Le Rose V, Laspina S, Parodi V, Garibotti, G, Zacharias D y Caruso P. 2017. Hacia un abordaje integral de la hidatidosis en la zona Periurbana de San Carlos de Bariloche, Provincia de Río Negro, 2016-2017 2do Premio, XXXII Congreso de Medicina General. FAMG 2017.
- Naidich A, Elisondo M, Vizcaychipi K, Sienra G, Ali V, Gavidia C y Guisantes J. 2024. Consenso internacional sobre nomenclatura en equinocosis: traducción y adaptación al español. *Revista Peruana de Medicina y Salud Publica*. 2024;41(2):185-202. doi: 10.17843/rpmesp.2024.412.13589.
- Navarro C y Guiñazu S. 2024. Reflexiones metodológicas a partir del dialogo en (y entre) quehaceres. Interpelaciones y ámbitos disciplinares diversos. II Jornadas de Investigación y Extensión. UNRN. <http://rid.unrn.edu.ar/handle/20.500.12049/11681>
- OMS (Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/features/qa/58/es/>
- Orduna G, Martín M y Anzaudo M. 1999. Presencia de Parásitos Zoonóticos en materia fecal de caninos recolectada en paseos públicos (Ciudad de Paraná, Entre Ríos). *Revista de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas* 4: 181-186.
- Oszlak O y O'Donnell G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*. 2, 4: pp. 99-128.
- Perez A, Costa M , Cantoni G, Mancini S, Mercapide C, Herrero E, Volpe M, Araya D, Talmon G, Chiosso G, Vázquez G, del Carpio M, Santillan G y Larrieu E .2006. Vigilancia Epidemiológica de la Equinocosis Quística en perros, establecimientos ganaderos y poblaciones humanas de la provincia de Río Negro. *Revista Medicina* 66:193-200
- Perez Fontana V. 1949. Origen, Desarrollo y Extensión de la Hidatidosis en América. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. Uruguay. Pp 124-156.
- Perez S. 2017. Qué tan lejos: la distancia entre el plan provincial de salud y el acceso a este derecho en la Provincia de Río Negro Taller Internacional Ciencia de la sustentabilidad, pobreza y desarrollo en el siglo XX. Buenos Aires: CIEL-CROP.
- Perez S y Perner S. 2018. Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*. COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO. 22, 65:359-71.
- Perner, M. 2019. Enfermedad cardiovascular en contextos de desigualdad Tesis de Doctorado. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2020.176363>
- Perner S y Alazraqui M. 2021. Bariloche: contrastes ocultos en un paraíso alpino. *Desigualdades socio-sanitarias en el espacio urbano*. *Revista Chilena de Salud Pública* 2021 25, 2: 139-152.
- Pierangeli N, Lazzarini L, Calfunao D, Debiaggi M, Lioni N, Iacono M, Titanti P, Calanni L, Grupo Hidatidosis de Neuquén. 2021. Inmunodiagnóstico de equinocosis quística en pacientes de Neuquén: evaluación según genotipo

del quiste y aspectos clínicos de la enfermedad. XXXV Jornadas Nacionales de Hidatidosis y LVII Jornadas Internacionales de Hidatidología. Rev. Arg. Parasitol. - Número especial. Pag 68.

- Rodríguez M, Laurino L y Franchello E. 2020. Las personas mayores en el ámbito rural Boletín N° 20. Programa Iberoamericano de Cooperación sobre la Situación de las Personas Adultas Mayores. (PICSPAM)
- Rosa A y Ribicich M. 2011. Hombre, animales y ambiente. Una ruta de contagio de enfermedades parasitarias. En Temas de Zoonosis Cap. 8. Editores: J Basualdo, R Cacchione, R Durlach, P Martino y A Seijo. *Asociación Argentina de Zoonosis.*, 77-85.
- Ruiz Rivera N y Delgado Campos J. 2002. Territorio y nuevas ruralidades: un recorrido teórico sobre las transformaciones de la relación campo-ciudad. *Revista Eure* Vol. XXXIV, No 102.
- Salviti J, Sobrino M, Del Carpio M, Mercapide C, Uchiumi L, Moguilensky J, Moguilansky S, Frider B, Larrieu E. 2015. Hidatidosis: Catastro ecográfico en la Provincia de Río Negro 25 años después del primer catastro *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, vol. 45, núm. 1, marzo, pp. 51-55 Sociedad Argentina de Gastroenterología Buenos Aires, Argentina
- Sampieri R, Fernandez C y Baptista L. 2003. Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill Companies, Inc.. 4ta Edición.
- Sanchez D. 2018 Estudio retrospectivo de la Hidatidosis Humana en la provincia de Rio Negro. Tesis de Especialidad en Salud Pública Veterinaria. Facultad de Cs Veterinarias, UNLPam. https://repo.unlpam.edu.ar/bitstream/handle/unlpam/998/v_sanest998.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sandoval A, Casanovas R, Scarpatti A, Martínez G, Zacarias S, Mucci M, Perez G y D'Andrea J. 2023. Programa provincial de hidatidosis Chubut. II Congreso iberoamericano de equinococosis. XLIV Jornadas Internacionales de Hidatidología, XXXIX. Jornadas Nacionales de Hidatidología. Número especial de la *Revista Argentina de Parasitología* pp 24
- Santos K, Viozzi G y Flores V. 2021. Dog care and parasitosis in a rural community of Patagonia: An integrative approach, *Veterinary Parasitology: Regional Studies and Reports*, Volume 25
- Santos M. 2000. La naturaleza del espacio: Técnica y tiempo, razón y emoción. *Geografía*. Editorial, Ariel p 348
- Semenas L, Flores V, Viozzi G, Vázquez G, Pérez A y Ritossa L. 2014. Helmintos zoonóticos en heces caninas de barrios de Bariloche (Río Negro, Patagonia, Argentina). *Revista Argentina de Parasitología* 2: 22-27. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12004>.
- Skopcpol T. 2018. El estado regresa al primer plano: estrategias de análisis en la investigación actual. *Revista Santander*, (9), 99–119. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasantander/article/view/8866>
- Solano R, Acuña G, Barón M, Morón de Salim A y Sánchez J. 2008. Asociación entre pobreza e infestación parasitaria intestinal en preescolares, escolares y

adolescentes del sur de valencia estado Carabobo- Venezuela. *Revista Kasmera* 36: 137-147

- Torrado Fonseca M y Berlanga Silvente V. 2013. Análisis discriminante mediante SPSS. *REIRE: revista d'innovació i recerca en educació*
- Tunes A. La hidatidosis como problema de Salud Pública: una mirada histórica. 2009. *Sindicato Médico de Uruguay*.
www.smr.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hidatidosis.pdf.
- Turnes A. 2016. La Equinococosis desde el Río de La Plata al mundo: Algunos datos de interés. 1era Edición. Montevideo, Uruguay. Comisión de Zoonosis
- Uchiumi L, Mujica G, Araya D, Salvitti J, Sobrino M, Moguillansky S, Solari A, Blanco P, Barrera F, Lamunier J, Arezo M, Seleiman M, Yadon S, Tamarozzi F, Casulli A y Larrieu E. 2021. Prevalence of human cystic echinococcosis in the towns of Ñorquínco and Ramos Mexia in Rio Negro Province, Argentina, and direct risk al. *Parasites and Vectors* 14: 262.
- Urquijo Angarita M. 2008. El enfoque de las capacidades de Amartya Sen, alcance y límites. Editores: Universitat de València, Servei de Publicaciones. España
- Valdez Tah A, Huicochea Gómez L, Nazar Beutelspacher A, Ortega Canto J y, Lamsey J. 2015. La vulnerabilidad humana a la transmisión vectorial de *Trypanosoma cruzi* a través de los procesos de salud-enfermedad y la apropiación social del territorio. *Salud Colectiva Universidad Nacional de Lanús* Abril-junio: 191-210.
- Valobra, A. Un desafío a la justicia social peronista: La hidatidosis en la provincia de Buenos Aires, 1946-1952. 2007. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14, 4: 1357-1375.
http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7376/pr.7376.pdf
- Vázquez G. 2019. Hidatidosis en la Patagonia: una enfermedad con historia. 1er Congreso Argentino de Desarrollo Territorial. 3ras Jornadas de Desarrollo Local Regional, las redes locales y el desafío de la innovación en una nueva etapa de la globalización. Villa María, Universidad Nacional de Villa María.
- Vázquez G y Flores V. 2019. Riesgo de zoonosis y nivel educativo: parasitosis y perros en Bariloche. *Desde la Patagonia. Difundiendo Saberes*. Volumen 16, N° 28: 20-23.
- Viozzi G y De Torres Curth M. 2023. Hidatidosis: la importancia del Estado en el control de las enfermedades. Reportaje a Edmundo Larrieu. DESDE LA PATAGONIA DIFUNDIENDO SABERES - VOL. 20 - N° 35 - 2023 ISSN (impresa)1668-8848 - ISSN (en línea) 2618-5385
- Zabala J. 2012. La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina. *Revista Salud Colectiva*. Buenos Aires, Vol 8 (Supl. 1) S9-S21. Noviembre 2012
- Zonta M, Garraza M, Castro L, Navone G, Oyhenart E. 2011. Pobreza, estado nutricional y enteroparasitosis infantil: un estudio transversal en Aristóbulo del Valle, Misiones, Argentina. *Nutrición. Clínica y dietética Hospitalaria* 31: 48-57.

FUENTES PRIMARIAS DOCUMENTALES

- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2570. 1993. Reformulación administrativa del subsector público de salud. Publicado en Boletín Oficial 04/01/1993. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 4597. 2010. Establece y regula la formación y el ejercicio profesional de las y los agentes sanitarios. Publicado en Boletín Oficial 10/01/2011. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 5659. 2023. Subroga el texto de la Ley 4597. Publicado en el Boletín Oficial 24/07/2023. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Ministerio de Salud de Río Negro. 2014. El Derecho a la salud en Río Negro. Fortaleciendo el Sistema de Salud rionegrino. Etapa 2014-2015.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 60. 1959. Creación del Consejo Provincial de Salud Pública. Publicado en el Boletín Oficial 04/05/1960. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2034. 1985. Establece las facultades del Consejo Provincial de Salud Pública para la ejecución de políticas sanitarias. Publicado en el Boletín Oficial 24/10/1985. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Constitución de la Provincia de Río Negro. 1988. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Dirección de Salud Ambiental. Apuntes 1: Historia de Salud Ambiental. Material generado por las y los trabajadores. 1995 aproximadamente.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2580. 1992. Lucha obligatoria de la Lucha antihidatídica. Publicado en el Boletín Oficial 04/01/1993. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 878. 1993. Reglamenta la ley 2580. Publicado en el Boletín Oficial 22/06/1993. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2916. 1995. Modifica artículo N° 10 de ley 2580. Publicado en el Boletín Oficial 14/11/1995. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Dirección de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de Río Negro. Resolución N° 581. 2000. Reestructura las Zonas Sanitarias y crea las URESA (Unidades de Epidemiología y Salud Ambiental).
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 3480. 2000. Lucha contra la hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 14/12/2002. Digesto de la Legislatura de Río Negro.
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 575. 2002. Reglamenta la ley 3480. Publicado en el Boletín Oficial 03/12/2009. Digesto de la Legislatura de Río Negro.

- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 648. 1971. Aprueba el Programa de Hidatidosis emanado por la subsecretaría de Salud de la Nación. Publicado en el Boletín Oficial 23/09/1971. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 287. 1986. Declara de interés provincial la organización del 2° Seminario Patagónico de la Hidatidosis en San Carlos de Bariloche. Publicado en el Boletín Oficial 24/02/1986. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 287. 1986. Declara de interés provincial la organización del 2° Seminario Patagónico de la Hidatidosis en San Carlos de Bariloche. Publicado en el Boletín Oficial 24/02/1986. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 339. 1994. Declara de interés provincial la organización de la 1° Jornada de estandarización del diagnóstico de la Hidatidosis Humana. Publicado en el Boletín Oficial 14/03/1994. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 472. 1996. Declara de interés provincial el Intercambio y Formación en Programas de Control de la hidatidosis en Montevideo, Uruguay. Publicado en el Boletín Oficial 24/04/1996. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 560. 1979. Declara de interés provincial el Programa de Lucha contra la hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 11/06/1979. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 651. 1989. Aprueba la 2° Etapa del Programa de control de la hidatidosis y lo declara de interés provincial. Publicado en el Boletín Oficial 03/04/1989. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 940. 1978. Aprueba Programa y presupuesto de la Lucha contra la hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 14/09/1978. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 1252. 1996. Declara de interés provincial el Intercambio y Formación en Programas de Control de la hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 06/08/1996. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 1291. 1997. Declara de interés público y provincial el XVIII Congreso Internacional de Hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 10/10/1997. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 1993. 1994. Declara de interés provincial las XXIII Jornadas Internacionales de Hidatología y V Seminario Patagónico de Control de la hidatidosis. Publicado en el Boletín Oficial 11/11/1994. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Decreto de la Provincia de Río Negro N° 2088. 1990. Declara de interés provincial el IV Seminario Patagónico de Hidatidosis y XX Jornadas Internacionales de Hidatología. Publicado en el Boletín Oficial 30/10/1990. Digesto de la Legislatura de Río Negro

- Dirección del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de Río negro. 2004. Manual de Agentes Sanitarios.
- Dirección de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de Río Negro. Resolución N° 3786. 2004. Aprueba el Manual de Vigilancia epidemiológica de Echinococosis quística
- Programa de Hidatidosis. Dirección de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de Río Negro. 2004. Manual de Vigilancia epidemiológica de Echinococosis quística
- Dirección de Salud Ambiental. Apuntes 2: Historia de Salud Ambiental. Material generado por las y los trabajadores. 2005 aproximadamente
- Dirección de Salud Ambiental. Apuntes 3: Historia del Laboratorio de Salud Ambiental de Cinco Saltos. Año 1977-2016. Material generado por las y los trabajadores. 2016.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 1791 “Ley de Ministerios”. 1983. Publicado en el Boletín Oficial 09/01/1984. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2210 “Ley de Ministerios”. 1987. Publicado en el Boletín Oficial 27/12/1987. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2449 “Ley de Ministerios”. 1991. Publicado en el Boletín Oficial 19/12/1991. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 2908 “Ley de Ministerios”. 1995. Publicado en el Boletín Oficial 14/12/1995. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 3329 “Ley de Ministerios”. 1999. Publicado en el Boletín Oficial 09/12/1999. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 3779 “Ley de Ministerios”. 2003. Publicado en el Boletín Oficial 08/12/2003. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Dirección del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud de Río Negro. 2004. Misiones y funciones del Primer Nivel de Atención. anual de Agentes Sanitarios
- Secretaría de Planeamiento. Ministerio de Gobierno. 1973. Plan de Salud.
- Ley de la Provincia de Río Negro N° 202. 1994. Creación del régimen de protección económica-social para los pacientes indigentes afectados por hidatidosis y/o tuberculosis. Publicado en el Boletín Oficial 01/03/1994. Digesto de la Legislatura de Río Negro
- Dirección de Salud Ambiental. Ministerio de Salud de Río Negro. Resolución N° 5196. 1990. Aprueba las misiones y funciones de la Dirección de Salud Ambiental.

- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 2090. 2010. Norma técnica y Manual de procedimientos para el Control de la hidatidosis en la república Argentina
- Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 1821. 2011. Creación del Programa Nacional de Enfermedades Zoonóticas L
- Ley Nacional N° 15.465. 1960. Establece el régimen legal de las enfermedades de notificación obligatoria. Publicado en el Boletín Oficial 28/10/1960

GLOSARIO DE SIGLAS

APS: Atención Primaria de la Salud
CGT: Confederación General del Trabajo
CPSP: Consejo Provincial de Salud Pública
DAPA: Departamento de Actividades Programáticas para el Area
EA: Equinococosis alveolar
EG95: Vacuna para ovinos contra EQ
EN: Equinococosis neotropical
EQ: Equinococosis quística
GLM Modelos Lineales Generalizados
ID: Identificador
INDEC Instituto Nacional de Estadística y Censos
INTA: Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria
NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas
NEA: Nivel de educación alcanzado
NSE: Nivel Socio Económico
OMS: Organización Mundial de la Salud
PC: Computadora Personal
PNA: Primer Nivel de Atención
PP: Políticas Públicas
PRODERPA: Proyecto de Desarrollo Rural de la Patagonia
RC: Radio Censal
RN: Río Negro
SENASA: Servicio Nacional de Sanidad Animal
SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de Salud
SSPS: Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales
TIC. Tecnologías de la Información y Comunicación
URESA: Unidad Regional de Epidemiología y Salud Ambiental
 χ^2 : Chi cuadrado

ANEXOS

Anexo 1: DEFINICIONES INDEC

1. De los indicadores sociodemográficos

- Densidad: comprendida como la cantidad de personas por km²
- Tasa de actividad: el porcentaje entre la población económicamente activa y la población de 14 años y más. Tiene la utilidad de proveer información sobre el peso relativo de la oferta de trabajo, entendiendo a ésta como la suma de los ocupados más los desocupados.
- Tasa de desocupación: es el porcentaje entre la población desocupada y la población económicamente activa. Brinda información sobre la proporción de personas que están demandando trabajo y no lo consiguen

2. De los datos de población

- Edad: agrupada en 3 categorías: 0 a 14 años, 15 a 64 y más de 65 años.
- Género: solo categorizado como varones y mujeres.
- Educación: categorizado en nivel inicial, primario, secundario y superior
- Uso de computadora: capacidad de manejar cualquier programa o software en una computadora. (Ej. Acceso a Internet).

3. De los datos de los hogares

- NBI: permite la delimitación de grupos de pobreza estructural y representa una alternativa a la identificación de la pobreza considerada únicamente como insuficiencia de ingresos. Identifica dimensiones de privación absoluta y se enfoca la pobreza como el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales. NBI son aquellos hogares que presentan al menos una de las siguientes condiciones de privación: vivienda: vivir en habitaciones de inquilinato, hotel o pensión, viviendas no destinadas a fines habitacionales, viviendas precarias y otro tipo de vivienda; condiciones sanitarias: no poseer inodoro; hacinamiento: relación entre la cantidad total de miembros del hogar y la cantidad de habitaciones de uso exclusivo; asistencia escolar: al menos un niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asiste a la escuela; capacidad de subsistencia: que tienen cuatro o más personas por miembro ocupado y tienen un jefe que no ha completado el tercer grado de escolaridad primaria.

A los fines de operativizar en uso de NBI, se definen 5 niveles:

Bajo: para RC que tienen 4,99% o menos de hogares con NBI

Medio/Bajo: para los que están entre 5 y 9,99%.

Medio: los que cuentan entre 10 y 14,99%

Medio/Alto: con valores entre 15 y 24,99%

Alto: los que cuentan con más de 25%

- Material predominante de los pisos: entendido como la superficie sobre la cual se asienta la estructura de la vivienda. En esta tesis se categorizó como pisos que se limpian fácilmente y aquellos que no pueden limpiarse

- Tenencia de agua: forma en que se distribuye el agua en el hogar. En este trabajo se categoriza en canilla adentro de la vivienda y canilla afuera de la vivienda.
- Procedencia del agua para beber y cocinar: describe la fuente y el sistema de abastecimiento del agua que el hogar utiliza para beber y cocinar. En caso de abastecerse con más de una fuente se considera la que predomina en el uso cotidiano del hogar. Las categorías usadas son: red pública. Perforación a napas superficiales, perforación a napas profundas, transporte de agua en camión cisterna, agua de lluvia, río, arroyo, lago, vertiente, etc. Estas categorías las agrupamos en 2: potable para el agua distribuida por red y por camión cisterna; no potable para el resto de las fuentes.
- Presencia de cadena o mochila para limpieza del inodoro: implica la disponibilidad de un sistema automático o semi-automático de descarga de agua para la limpieza del inodoro. Aquellas que no cuentan con descarga se interpretan como que poseen letrina. En este trabajo se interpreta como indicador de higiene y de acceso a servicios como agua y tratamiento de efluentes.
- Calidad de efluentes: tipo de sistema utilizado para el procesamiento de los desechos líquidos del hogar (efluentes). Para el presente análisis se definió usar los conceptos de calidad del efluente Satisfactorio para los efluentes conectados a la red pública o a cámara séptica y pozo ciego/lecho nitrificante. Insatisfactorio para aquellas conexiones a desagües de solo pozo ciego/lecho nitrificante y a hoyos y/o excavación en la tierra.
- Combustible usado principalmente para cocinar: sustancia o fuente de energía que se utiliza con mayor frecuencia para la cocción de los alimentos, tales como: gas natural por red; gas licuado en garrafa o tubo, combustibles sólidos como leña o carbón y otros como la electricidad y el alcohol. Relacionado con la posibilidad cierta de cocinar las vísceras que se entregan a los animales.
- Calidad constructiva de la vivienda: este indicador se construye a partir de la calidad de los materiales con los que está construida la vivienda y las instalaciones internas a servicios básicos como agua y efluentes a red. Usamos las categorías de satisfactoria para las viviendas que disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada y canilla dentro de la vivienda, así como inodoro con descarga de agua. Insatisfactoria para todas las viviendas que no cuentan con esos materiales

Anexo 2: GUIÓN DE ENTREVISTAS

1. Generalidades

Tiempo estimado: 45 a 60 minutos

Lugar, fecha y hora.

Formato de las entrevistas: presencial.

Las preguntas resultarán en una guía sobre los temas a abordar, pueden ser realizadas en diferente orden y solo serán un recurso para orientar la conversación. Puede surgir la repregunta

2. Introducción:

Introducir en el tema de la tesis.

Lectura y firma del consentimiento informado.

Dar inicio a la grabación.

3. Pautas para la entrevista

Grupo de preguntas	Pregunta
1. Preguntas para conocer a la persona	• Seudónimo (¿Cómo se quiere llamar para esta entrevista?) • Edad • Género • ¿En qué barrio/paraje/pueblo vive? • ¿Hace cuantos años? • ¿Dónde nació? • ¿Con quién vive? ¿Hijos? • ¿Dónde trabaja? ¿Hace cuantos años? • ¿A qué se dedica dentro del equipo sanitario? • ¿Tiene animales? (tiene perros, ovejas, cabras)
2. Preguntas que orienten hacia si conoce la hidatidosis/percepciones personales en torno a la enfermedad	• ¿Qué sabes de la hidatidosis en la zona? • ¿Dónde hay presencia en la zona? • ¿Cómo se contagia/transmite la hidatidosis o lugar particular? • ¿Qué importancia tienen el suelo, agua, huertas? • ¿Sabe cuántos casos hay el área de trabajo?

3. Preguntas que orienten hacia si conoce los cuidados/medidas de prevención/atención primaria de la salud	• ¿Conoce la ley de hidatidosis? • ¿Qué importancia cree que le dan las personas del lugar a la hidatidosis? • ¿Qué importancia cree que le da el sistema de salud? • ¿Cuáles son las medidas de cuidado que se debería tener para no enfermar? • ¿Cuáles son las medidas que realmente se aplican? ¿las podés aplicar en tu vida cotidiana? ¿Cómo se organiza el control y el tratamiento de hidatidosis en la zona? • ¿Dónde se atienden las personas que tienen hidatidosis? ¿logran hacerse todos los controles? • ¿Qué factores considera que influyen en que puedan realizar los controles?
4. Preguntas sobre su trabajo relacionado al Programa de Control de Hidatidosis en Río Negro y su experiencia en la implementación del mismo	• ¿Cuáles son las tareas que realiza en torno al Programa? • ¿Quién acompaña en la tarea? • ¿Quién provee los insumos? ¿Con que frecuencia? ¿Hay faltantes? • ¿Dónde se registra? • ¿Considera que el Programa es adecuado para la zona y las personas con las que trabaja? • ¿Considera que la distribución y complejidad de los hospitales son adecuados para el tratamiento y rehabilitación de las personas con hidatidosis? • ¿Qué le cambiaría?
5. Espacio para que la persona agregue, comente o exprese lo que considere.	Que cosas podrías realizar y no se han realizado hasta ahora o se dejaron de hacer

4. Cierre: agradecer e intercambiar los datos de contacto para comunicarse con la tesista en caso que lo requiera, así como para el envío de la tesis cuando se publique.

Anexo 3: PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENTREVISTAS

Estimada/o/e participante:

El propósito de este protocolo es informarle sobre el proyecto de investigación **“Caracterización socioeconómica, demográfica y cultural de las personas con hidatidosis en la zona Andina de Río Negro y su relación con la política de control provincial”** y solicitarle su consentimiento. De aceptar, usted poseerá una copia firmada y el investigador se quedará con otra copia de este documento.

Le pedimos su apoyo en la realización de una investigación para la tesis conducida por la **Med Vet Gabriela Vázquez**, estudiante de la maestría en **Estudios Sociales Agrarios de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Sede Argentina**, dirigida por la Docente **Dra Soledad Pérez de la Universidad Nacional de Río Negro (UNRN)**. La investigación, denominada **“Conociendo a las personas y a la hidatidosis en la zona Andina de Río Negro: una mirada desde la política de control de la hidatidosis”** tiene como propósito conocer desde los aspectos socioeconómicos a las personas que han enfermado de hidatidosis, así como comprender que factores pueden influir en la persistencia de la hidatidosis en Río Negro en relación a la implementación del Programa de control Provincial.

Lo contactamos a Ud, en su carácter de funcionario público. Si usted accede a participar en esta entrevista, se le solicitará responder diversas preguntas sobre el tema antes mencionado, lo que tomará aproximadamente entre 45 y 60 minutos. El estudio no implica ningún costo ni riesgo para usted.

A fin de poder registrar apropiadamente la información, se solicita su autorización para grabar la conversación, la cual será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación o pseudónimo, y, por lo tanto, serán anónimas y solo accederá a las mismas el equipo de investigadores y el Comité de Evaluación de Proyectos de Investigación del Hospital Zonal Bariloche y la Comisión de Ética y Evaluación de Proyectos Investigativos en Salud Humana del Ministerio de Salud de Río Negro. La información obtenida será analizada de manera conjunta con las respuestas de otras personas entrevistadas y servirá para la elaboración de la tesis, artículos y presentaciones académicas. La grabación y las notas de las entrevistas serán almacenadas únicamente por la investigadora en su computadora personal por un periodo de cinco años, luego de haber publicado la tesis o realizado otro tipo de presentaciones, y solamente ella y su directora tendrán acceso a la misma. Al finalizar este periodo, la información será borrada.

Su participación en la investigación es completamente voluntaria. Usted puede interrumpir la misma en cualquier momento, sin que ello genere ningún perjuicio. Además, si tuviera alguna consulta sobre la investigación, puede formularla cuando lo estime conveniente, a fin de clarificarla oportunamente.

En caso de tener alguna duda sobre la investigación, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: gabrielavazquezvet@gmail.com o al teléfono 294-4310697. Además, si tiene alguna consulta referente a sus derechos, puede comunicarse con el Comité de Evaluación de Proyectos de Investigación del Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón

Carrillo", Moreno 601- Tel 0294-4426117 Int. 119. comite.investigacion.hzb@gmail.com o con la Lic. Laura Margaría, Coordinadora técnica Comisión de Ética y Evaluación de Proyectos Salud de Río Negro Investigativos

en Salud Humana, Ministerio de Salud. Imargaria@salud.rionegro.gov.ar- Tel 02920-420310 Int 113.

Al concluir la investigación, le enviaremos un informe con los resultados de la tesis a su correo electrónico, el cual le será solicitado

He leído este documento y he entendido el propósito y los procedimientos de la investigación, habiendo aclarado todas mis dudas referentes a mi participación en este estudio.

Voluntariamente doy mi consentimiento para participar del estudio “Conociendo a las personas y a la hidatidosis en la zona Andina de Río Negro: una mirada desde la política de control de la hidatidosis”. Entiendo que tengo plena libertad para decidir no participar en este estudio de investigación en cualquier momento. Asimismo, estoy de acuerdo que mi identidad sea tratada de manera anónima utilizando un código de identificación o pseudónimo

Nombre y apellido entrevistado	Firma del entrevistado	Fecha
--------------------------------	------------------------	-------

Nombre y apellido encuestador	Firma del encuestador	Fecha
-------------------------------	-----------------------	-------

Anexo 4: PERSONAS ENTREVISTADAS

Las entrevistas fueron realizadas por la autora en diferentes localidades de la provincia. Se suma una entrevista de archivo.

1. AS1: Agente sanitaria. Mujer de 40 años. Trabaja en un paraje rural (micropueblo). Ingresó al sistema sanitario provincial en 2013.
2. AS2: Agente sanitaria. Mujer de 40 años. Trabaja en un CAPS de una ciudad. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2003.
3. AS3: Agente sanitaria. Mujer de 40 años. Trabaja en un CAPS de una ciudad. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2006.
4. M1: Médico. Varón de 75 años. Trabajó en un Hospital de Complejidad IV. Ingresó al sistema sanitario provincial a fines de la década de 1970. Jubilado.
5. M2: Médico. Varón de 62 años. Trabaja en un Hospital de Complejidad VI. Ingresó al sistema sanitario provincial en 1982.
6. M3: Medica. Mujer de 49 años. Trabaja en un CAPS de una ciudad. Trabajó en un Hospital de complejidad III. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2003.
7. V1: Veterinario. Varón de 56 años. Trabajo en área rural y en ámbito urbano. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2007. Renunció al sistema sanitario.
8. V2: Médico Veterinario. Varón de 54 años. Trabaja en ámbito urbano. Ingresó al sistema sanitario provincial en 1996.
9. V3: Médico Veterinario. Varón de 38 años. Trabajó en área rural y actualmente en ámbito urbano.
- 10 G1: Médico Veterinario. Varón de 60 años. Trabajó en ámbito urbano y actualmente en gestión del programa. Ingresó al sistema sanitario provincial en 1992.
11. G2: Médico Veterinario. Varón de 44 años. Trabaja en gestión del programa. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2010.
12. TS 1: Trabajadora Social. Mujer de 45 años. Trabajó en un hospital de complejidad III y actualmente en un CAPS de una ciudad. Ingresó al sistema sanitario provincial en 2014.