

Migración y Chagas: representaciones sociales de los equipos de salud

Migração e Chagas: as representações sociais das equipes de saúde

Andrea Avaria-Saavedra¹
Caterine Galaz Valderrama²

RESUMEN

A través de un estudio cualitativo realizado con entrevistas a equipos de salud que atienden a personas con Chagas, analizamos las representaciones sociales sobre la atención con población migrante en Chile. Los resultados evidencian la construcción estereotipada del Chagas como una cuestión “restringida” a la pobreza, a la ruralidad y a la migración. Estas representaciones construyen una noción de “otredad”, ya que posicionan a las personas afectadas como un sujeto ajeno al “nosotros/as”, y de forma crítica en relación con el autocuidado. Para los equipos, “la cultura” y la “procedencia” explican las complejidades dadas en la atención a personas migrantes reproduciendo un determinismo y etnocentrismo cultural. Se concluye que, siendo ésta una problemática de salud pública de carácter global, se requiere identificar los componentes intersubjetivos de la atención, los que reproducen limitaciones etnocéntricas en el acceso a salud y dificultan la interrupción de la transmisión del parásito.

Palabras clave: Migración internacional. Enfermedad de Chagas. Accesibilidad a servicios de salud. Representaciones sociales.

RESUMO

Por meio de um estudo qualitativo realizado com entrevistas com equipes de saúde que cuidam de pessoas com doença de Chagas, analisamos as

¹ Investigadora Doctorado en Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Autónoma de Chile. E-mail: andrea.avaria@uautonoma.cl
Red académica: <https://orcid.org/0000-0002-2217-8147>

² Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. E-mail: cgalazvalderrama@uchile.cl
Red académica: <http://orcid.org/0000-0001-6301-7609>

representações sociais do atendimento a populações migrantes no Chile. Os resultados mostram a construção estereotipada de Chagas como um problema “restrito” à pobreza, à ruralidade e à migração. Essas representações constroem a “alteridade”, pois posicionam as pessoas afetadas como um sujeito fora do “nós”, e de forma crítica em relação ao autocuidado. Para as equipes, “cultura” e “origem” explicam as complexidades do cuidado com os migrantes, reproduzindo um determinismo cultural e etnocentrismo. Conclui-se que, por se tratar de um problema de saúde pública global, é necessário identificar os componentes intersubjetivos do cuidado, que reproduzem limitações etnocêntricas no acesso à saúde e dificultam a interrupção da transmissão do parasita.

Palavras-chave: Migração internacional. Doença de Chagas. Acessibilidade aos serviços de saúde. Representações sociais.

INTRODUCCIÓN

La movilidad humana ha puesto en evidencia el Chagas como una problemática de salud pública de carácter global. Esta enfermedad parasitaria emerge dada la migración de las personas, en zonas consideradas históricamente no endémicas: Europa, Asia, Estados Unidos (Basile et al., 2011; Freikas et al., 2019; Pinto, 2012, 2017; Requena et al., 2014; Requena et al., 2017; Rodríguez y Albajar, 2010; Soriano et al., 2016; Schmunis, 2007; Schmunis y Yadon, 2010) y emerge en nuevos territorios debido al cambio climático, la deforestación y urbanización de los ecosistemas en que habitan los triatominos transmisores del parásito (Ayala et al. 2019; Tamayo et al., 2018, Tapia et al. 2018).

En países endémicos para Chagas ha habido diversos avances en su control. En Chile el control vectorial y transfusional como fuentes de transmisión, han sido exitosos. El Ministerio de Salud establece un total de 120.000 casos confirmados (Encuesta Nacional de Salud, 2016-2017) y desde el 2016 se ha declarado a Chile libre de la transmisión vectorial, siendo para el 2017 la seroprevalencia nacional para Chagas de 1,2% IgG (Ministerio de Salud, 2022). El 2016, dos años después de publicada la Norma técnica N° 162 que define la atención de salud en Chagas (en adelante CH) y establece la notificación obligatoria, se reportaron 1259 casos positivos.

Para el año 2021, la población de personas extranjeras estimada como residentes por el INE, PDI y el SERMIG, está compuesta por 1.482.390, quienes provienen del extranjero, de países donde el Chagas es también un problema de salud pública, debido a las diversas vías de transmisión del *Trypanosoma cruzi* (en adelante T. cruzi). Ello se refleja en las estadísticas regionales donde la migración tiene una elevada presencia, es decir, en las regiones del norte y la capital de Chile la seroprevalencia de Chagas es de 3,1% en Tarapacá, 4,1%, en Atacama, y en la Metropolitana de 0,7% (Ministerio de Salud, 2022). Considerando los procesos de movilidad y en lo relativo a la atención de

salud a nivel mundial, en particular en el contexto chileno, es importante observar que la población migrante enfrenta una serie de barreras de acceso a los sistemas de salud, producto de la pandemia se incrementó en estas zonas la migración irregular, con el consiguiente impacto en las dinámicas territoriales, debido a las múltiples exclusiones (económicas, sociales, de los sistemas de salud y educación, etc) enfrentadas por estas poblaciones, las barreras del sistema de salud. y en particular de las barreras del sistema de salud, en relación a la atención del Chagas (Forsyth et al., 2019; Avaria et al., 2022; Ventura, 2022).

En Chile en particular, la preocupación en relación al Chagas, está orientada a la atención y detección del T.cruzi en personas adultas a través de controles de salud o por medio de la donación de sangre (Oyarzún et al., 2021), siendo problemático el bajo tamizaje de la población y la poca continuidad del tratamiento. En este contexto, se identifica la invisibilidad de la población migrante con relación a la detección y tratamiento del Chagas, a pesar de la histórica relación y presencia de población latinoamericana. Por otro lado, las acciones de detección del Chagas en mujeres en Chile, durante la gestación no alcanzan al 100%, a pesar de que es una indicación de la norma técnica (Seguel, Morgado y Cruz, 2021) y forma parte de la implementación regional de la ETMI PLUS³ (PAHO, 2017). De esta manera se observa que otras enfermedades transmitidas por sangre son detectadas con mayor eficacia que el Chagas.

En zonas históricas del norte de Chile, de alta prevalencia de Chagas, el porcentaje de tamizaje de gestantes llega a un 80%. Sin embargo, a nivel nacional, el Ministerio de Salud de Chile afirma que la cobertura de tamizaje alcanzaba sólo el 54% para el 2020 (Ministerio de Salud, 2022). Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2022), a nivel mundial, la tasa de notificación obligatoria por 100.000 habitantes para el 2019 fue de un 9,8 en mujeres y de un 4,6 en hombres, para el año 2020 existió una disminución, ya que las mujeres representaron el 4,6 y los hombres un 1,7. Esta disminución podría explicarse a nivel global como consecuencia de la pandemia de COVID-19 y su impacto en la atención efectiva de enfermedades transmisibles. Este dato es especialmente complejo en Latinoamérica si consideramos que las zonas de concentración de población migrante, coincide con zonas históricamente endémicas para el T. cruzi, por lo que se hace necesario tener presente el cambio epidemiológico a nivel mundial.

En este sentido, resulta indispensable desarrollar un seguimiento activo de parte de los equipos de salud, debido que esta vía de transmisión se encuentra vigente en Chile, sobre todo si se considera que el país se ha convertido en un receptor de población migrante, lo que genera una confluencia entre nacionales y migrantes con Chagas. Debido a ello, la alta movilidad, y

³ ETMI plus. Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. OPS-OMS

principalmente la migración sur- sur, ha impactado en los sistemas de salud en el país, evidenciándose una serie de carencias y dificultades que impactan en la salud de las personas migrantes. Las brechas se manifiestan a través de las múltiples barreras institucionales, reflejando dificultades en la interacción humana en el ámbito de la atención de salud, especialmente cuando la salud se constituye en una estructura de exclusión y argumento para el control de la población (Galaz et al., 2021; Stefoni, Cabieses y Blukacz, 2021).

El racismo y la xenofobia impactan negativamente en el acceso y calidad de atención de las personas migrantes, lo que genera que sobre las personas migrantes se desarrollen estigmatizaciones, construyendo factores para construir una noción de "otredad" entorno a una diferenciación entre lo considerado como ajeno y distante y lo más próximo a lo nacional (Maffesolli, 2015). La otredad, de acuerdo con Thayer y Tijoux (2022), está marcada por las trayectorias migratorias, la racialización del otro, y la construcción de un estado nación sobre la base de la invisibilidad de sus orígenes, y un nosotros que se elabora desde la negación y la distancia de lo diverso. En ese sentido, los sistemas de salud justifican sus fallas culturizando al otro y la otra no nacional, o bien, atribuyen a las personas migrantes los fracasos del sistema, sobre todo respecto de la adherencia y al cumplimiento de las prácticas y cuidados asociados a la salud (Avaria et al., 2022).

Durante la pandemia COVID-19 se visibilizó la fragilidad del sistema de salud en la interacción con la población migrante ya que se evidenció un aumento de barreras y vulneraciones que afectaron sobre todo a población migrante en situación irregular, lo cual incrementó los desafíos a nivel local (Avaria et al., 2022; Cabieses et al., 2022). Estas dificultades se vieron exacerbadas por las violencias vividas por la población migrante, a partir de la incidencia de los medios de comunicación que acrecientan mitos y prejuicios asociados a la población migrante y al uso de los sistemas de salud (Cabieses, 2019; Cabieses y Astorga, 2021; Cea-Merino, Galaz y Poblete, 2021; Galaz et al. 2021; Galaz y Montenegro, 2015).

Esta construcción de "otredad" incide en el registro de las acciones en torno al Chagas, lo que termina evidenciando un desconocimiento sobre los factores sociales y culturales que se relacionan a la infección desde los distintos agentes profesionales (Castaldo et al., 2020; Forsyth et al., 2019; Galaz, Avaria y Silva, 2021). Por ello, la evidencia pone de manifiesto la necesidad de observar con atención el acceso y el seguimiento de salud de la población migrante (Cabieses, 2019; Cabieses et al., 2020; Castaldo et al., 2020; Forsyth et al., 2019). En este marco el presente artículo se plantea las siguientes interrogantes que son parte de la investigación FONIS SA18I0056 "Chagas desafíos para el Chile de hoy: diversidad, migración, territorio y acceso a derechos. Una aproximación cualitativa a la dinámica de atención de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tarapacá, Atacama y Metropolitana": ¿Cuáles son las barreras que los equipos evidencian en los procesos de atención de las personas migrantes?, ¿Los equipos de salud se encuentran capacitados para trabajar con personas con Chagas y migrantes?, ¿Cuáles son las representaciones del Chagas en población migrante manejadas

por los equipos de salud?, interrogantes poco exploradas en Chile, a pesar de que en otros contextos internacionales la evidencia remite desconocimiento de los equipos de salud, respecto del Chagas y también prejuicios relativos a los comportamientos relativos al cuidado, y a la enfermedad de Chagas, de las personas, lo que se entrecruza con las complejas trayectorias migrantes, la multidimensionalidad de las problemáticas de las personas positivas para T.cruzi y sus familias (Silveira, Martin y Goldberg, 2019; Galaz, Avaria y Silva, 2021; Sanmartino, Amieva, y Medone, 2018 por mencionar algunos).

Los equipos de salud se enfrentan al desafío de la atención de personas diversas y han debido comprender los procesos de salud-enfermedad en relación a esta diversidad, para avanzar hacia la adecuación de los servicios, a fin de garantizar la atención de las personas migrantes y de paso mejorar la calidad de la atención (Avaria, 2021). El desarrollo de esta investigación (2018-2022) ha permitido comprender en el contexto nacional las significaciones, barreras y reticencias que se producen en la atención de salud en particular de las regiones de Atacama, Tarapacá y Metropolitana en Chile, desde las experiencias de las personas con Chagas y desde los equipos de salud. Si bien esta investigación estuvo situada en un contexto nacional determinado, tiene un alcance mayor, pues permite, a partir de sus resultados, sumar evidencia en un terreno escasamente explorado, a necesidades de adecuación y de atención específica de la población migrante y de la población con Chagas a nivel local y proyectar sus resultados a nivel global.

En este artículo, presentamos resultados inéditos y específicos referidos, en particular, a la experiencia de los equipos para comprender los procesos de atención, adherencia a tratamiento y el desconocimiento asociado a una infección de prevalencia significativa a nivel nacional y de relevancia mundial.

Se hace necesario entender la complejidad que conlleva el Chagas como problemática de carácter global, multidimensional y presente en diversos contextos producto de la movilidad humana. Esta investigación viene a aportar en la comprensión de aspectos relativos a la intersubjetividad presentes en la atención de salud de personas migrantes con Chagas, en un contexto en que la transmisión vertical es el principal foco de preocupación del sistema para romper con la transmisibilidad del *Trypanosoma cruzi*, problematizar las subjetividades y representaciones presentes en los procesos de atención, así como la relación que ocurre entre migrantes y equipos de salud.

REPRESENTACIONES SOCIALES, MIGRACIÓN Y CHAGAS

La evidencia científica da cuenta de las complejidades que enfrentan las personas portadoras del T. cruzi en su condición de migrantes (Cabieses y Astorga, 2021; Van Der Laet, 2017). Dificultades que se incrementan debido

a las condiciones de migración, posibilidades de inclusión laboral y el imperativo de envío de remesas, producto de la responsabilidad que recae sobre algunas personas migrantes por sustentar a sus familias en el país de origen y destino.

Entre las barreras de atención y de acceso a la salud y en particular de la atención del Chagas, se encuentran dificultades como: el diagnóstico, el tratamiento, el desconocimiento de los equipos sobre la relación entre el Chagas y la migración como determinante de la salud, la falta de información sobre la migración y la falta de habilidades de los equipos para interactuar con diversidades culturales (Goldberg, 2010). En diversas investigaciones, se describen obstáculos estructurales de los sistemas de salud como carencia de recursos orientados al diagnóstico y tratamiento en lugares considerados no endémicos, problemas relativos al desconocimiento del Chagas por parte de los equipos de salud, sesgos en la atención, consecuencias de las desigualdades relativas a los contextos en que habitan las personas, y las consecuencias de prejuicios asociados a la enfermedad y a la migración (Avaria et al., 2022; Jimeno et al., 2021; Manne-Goehler, Reich y Wirtz, 2015; Olivera et al., 2018; Repetto et al., 2015; Sanmartino, Amieva y Medone, 2018; Valdés, 2021).

Cabe considerar que la migración es un determinante social de salud, debido a las trayectorias migratorias y la exposición que ésta genera a múltiples escenarios como son las dinámicas en el país de origen, el tránsito por diversos países y las vivencias en el país de destino, la condición administrativa y laboral, la habitabilidad de los espacios de residencia, los niveles de inclusión social, el nivel de acceso a derechos en destino y los prejuicios e interacciones presentes en los contextos de recepción de la población migrante. (Cabieses, Bernales y McIntyre, 2017; Davies, Basten, y Frattini, 2010; Galaz, Avaria y Silva, 2021). En este complejo marco se hace imprescindible un enfoque multidisciplinario y multisectorial, siendo indispensable adoptar una serie de medidas para avanzar en la inclusión y el respeto a los derechos de salud de la población migrante: flexibilizar el sistema, considerar las características sociales y laborales de las personas migrantes, ampliar la formación de los equipos de salud en torno a la migración y potenciar el trabajo multidisciplinar para mejorar la calidad y la oportunidad de la atención en salud de las personas migrantes (Shikanai et al., 2017).

En países que debido a la globalización hoy presentan Chagas, la evidencia científica (Claveria et al., 2017; Iglesias et al., 2022; Pinazo et al., 2022), coincide en afirmar que tanto las personas afectadas, como los equipos que les atienden carecen de información y de formación en relación con el Chagas y también desconocen las características y condiciones de la migración, lo cual reproduce el desconocimiento de la realidad epidemiológica de la enfermedad en este grupo social (Valdez et al., 2015). Actualmente los conocimientos de los equipos se centran en la transmisión vectorial, a pesar de que es la transmisión vertical es la de mayor prevalencia en contextos territoriales de recepción de migrantes, sobre todo en países donde la transmisión vectorial y transfusional están controladas (Angheben et al. 2015). Iglesias et al. (2019)

dan cuenta que, en España, no se considera el lugar de origen y la migración como determinantes sociales asociados al Chagas. Por tanto, los equipos de atención primaria no son activos en el proceso de diagnóstico a pesar de estar más cerca de las comunidades migrantes, y sobre todo porque estos equipos son fundamentales en la detección, tratamiento y seguimiento, especialmente si nos referimos a personas migrantes (Hashimoto et al., 2015; Iglesias et al., 2019).

Blasco et al. (2016) señalan que el desconocimiento sobre el Chagas se asocia a una menor percepción de riesgo, pues por lo general esta enfermedad es asintomática y su desarrollo sólo se construiría de la mano de una situación crítica de afectación de la salud. La falta de percepción de riesgo afecta la disposición y la actitud de búsqueda activa de la población afectada (Sanmartino et al., 2022). Otros estudios dan cuenta de la representación del miedo asociado a la muerte y a la culpa, sentimientos experimentados, en particular, por las mujeres, por el miedo a transmitir la enfermedad a su descendencia (Avaria, Gómez y Prat, 2008; Minneman et al., 2012). En estudios como el de León y Pàez (2002), se destacan representaciones de la enfermedad como peligrosa, desde el desconocimiento de ésta y sus consecuencias. El riesgo de exposición disminuye en la medida que se han controlado las condiciones de transmisión (Ventura, 2022). Para Araya (2002), las acciones respecto al Chagas se enfocan hacia el entorno, la fumigación y el control vectorial, y se coloca como responsables de su control a agentes externos, en la acción de autoridades de salud o en organismos en tareas de higiene, así mismo se hace necesario revisar contextos urbanos de emergencia del Chagas y observar éste diferenciadamente de acuerdo con el género (Sanmartino, 2009). Ventura (2022) describe el riesgo latente como eje desde el cual se estructura la práctica clínica. Este riesgo refiere a la condición de las personas, en donde la falta de síntomas o malestar y a la posibilidad futura e incierta de desarrollar una enfermedad son los elementos que estructuran el discurso del riesgo como latente.

La falta de conciencia de riesgo en relación con el Chagas se vincula a la ausencia de síntomas cotidianos asociados al diagnóstico y la relación entre enfermedad con un territorio lejano (Blasco et al., 2016), y esto dificulta el desarrollo de conductas de prevención especialmente si observamos la conducta de salud de los hombres (Sanmartino, 2009; López y Salomón, 2022). Al respecto Uchoa et al. (2002) indican que esto se produce por una lógica cognitiva, relacionada al pensar y dissociada al hacer y a la acción. Para quien no tiene Chagas, ésta es una problemática que reviste gravedad, por el contrario, para quien tiene un resultado positivo, se produce desconfianza, tristeza, desesperación y una naturalización de la condición hasta que emerge una vivencia más crítica de la enfermedad. La negación de la condición aparece ante el impedimento de tratarla o de enfrentar las limitaciones de los equipos para abordarla. En el contexto de la migración se evidencia que el Chagas en sus lugares de origen, es representado como algo desconocido o poco común. Las personas lo experimentan como de no cuidado o poco riesgoso (Blasco et al., 2016). Di Girolamo et al. (2011) señalan la dificultad que

reviste acceder a salud para la población migrante, debido a las condiciones de incertidumbre, precariedades laborales, de habitabilidad, y de acceso a derechos, entre otras, condiciones de exclusión en que se encuentran las personas migrantes y las condiciones de irregularidad que enfrentan en estos contextos racializados y xenofóbicos. Por otro lado, se destaca la necesidad de los países de recepción, de detectar el Chagas lo que se contrapone a la escasez de centros de especialidad o de equipos que cuenten con las herramientas y los recursos para su atención.

Representaciones sociales y atención de salud en población migrante

Para comprender la configuración de imaginarios negativos sobre las personas migrantes que viven con Chagas en los equipos de salud, se incorporará el concepto de representación social. Para Ibáñez (1988), las representaciones sociales obedecen a un proceso de construcción de la realidad que se entiende en dos sentidos: por un lado, como parte de la realidad social que contribuyen a su configuración y, por otro, como representación del objeto que construyen. Foucault (2001), refuerza el concepto de representación social y especifica que el nominar un colectivo es un ejercicio de poder, de designación de los principios de identidad que, en un momento dado y en una cultura concreta, llevan a establecer un número limitado y definido de posibilidades.

Así, los discursos que se esgrimen no son sólo expresiones cotidianas, sino que prácticas sociales concretas que implican representaciones asociadas. De esta manera, las representaciones están conformadas por discursos enmarcados en sistemas culturales de autoridad y poder, y bajo esquemas que implican una cierta dominación y control sobre diferentes grupos sociales (Galaz, 2009).

Ibáñez (1988) destaca que el discurso social resulta ser un entramado de haceres y decires, de prácticas y representaciones, de retóricas sociales desde donde se “habla de”, y se le instituye como tal. Dentro de estos planteamientos, Said (2003) plantea que se nombra y categoriza a ciertos colectivos, y en ese acto, se crea esa realidad que se nombra a partir de “geografías imaginarias” que refieren fronteras entre lo propio y ajeno. Estos procesos suceden como una manera arbitraria de distinción que no requiere el reconocimiento del “otro” o la “otra”, ni de esa diferencia (Said, 2003).

Las representaciones sociales organizan las percepciones que se tienen respecto de otros colectivos sociales en los contextos nacionales y ellas se cristalizan en actitudes y prácticas cotidianas que impactan directamente en la salud de las personas. En los equipos de salud aparecen, por un lado, los prejuicios –en gran parte negativos– que manifiestan profesionales y técnicos/as hacia otras personas por su pertenencia a un grupo cultural y nacional concreto. Por otro lado, surgen los estereotipos, es decir, creencias generalizadas asociadas a una categoría grupal, “que están fuertemente arraigadas emocional y racionalmente y que son difundidas por una

comunidad" (Pujal, 1996, pp. 86-87). En este caso, veremos en el análisis, cómo se construye una falsa y estereotipada relación entre Chagas - pobreza - migración.

Cabe decir que los equipos de salud cuentan con poca información sobre los colectivos migrantes y, ante ello, el camino para la comprensión es la simplificación de la categoría general a características estereotipadas. Tajfel (1984) afirma que la escasez de información sobre algunas personas contribuye a establecer juicios utilizando la generalización de alguna característica a todos los miembros de ese colectivo.

Sostenemos que la catalogación que se hace tanto de la migración como de migrantes con Chagas en salud sitúa a este colectivo como un todo homogéneo, "fuera de lo común". Estas representaciones movilizan actos individuales y colectivos concretos que, dependiendo de la cercanía o no al canon establecido, puede incluso llegar al desprecio, exclusión o a la violencia simbólica o directa. Con relación a ello, Maffesoli (2003) considera que las representaciones sobre la otredad tienen una eficacia social de lo imaginario: existen consecuencias concretas que se generan por la catalogación social en las interacciones sociales. Estas consecuencias, como veremos en el análisis, implican reificar una posición de subordinación de las personas migrantes a situaciones de discriminación explícita, como de denostación y generalización implícita.

Como vimos las representaciones en torno al Chagas resultan particulares. Al respecto, para Tineo y Ponte (2013), emergen en relación con la información centrada principalmente en el parásito y las consecuencias físicas (órganos afectados), así como de la actitud situada en el miedo o en la ausencia de actitudes preventivas de las personas afectadas. Los autores subrayan que el campo de representación se elabora en relación con el insecto vector o a partes del cuerpo afectados (corazón e intestino), a síntomas específicos y a la relación del Chagas con ciertos lugares de procedencia, principalmente rurales. Las representaciones del vector se producen desde la experiencia o reconocimiento (Blasco et al., 2016), y de modelos de explicación que establecen un vínculo exclusivo entre el vector y la enfermedad (López y Salomón, 2015). Estos imaginarios vinculan al parásito con ciertas poblaciones específicas, como las campesinas en tanto representan a las más afectadas, y con ello se significan entornos que explicarían la relación entre enfermedad y pobreza (Sanmartino et al., 2022; León y Pàez, 2002). Actualmente como vemos en algunos países centrales, comienza a vincularse esta enfermedad con ciertos colectivos migrantes específicos. En ese sentido, se menciona que el estigma sobre la enfermedad afecta la búsqueda de atención, su acceso, incrementando las barreras institucionales (Castaldo et al., 2020). Este enfoque biomédico desconoce las particularidades y necesidades de la población migrante, es por lo que, diversas/os investigadoras/es plantean la necesidad de la incorporación de un enfoque comprensivo que permita un mejor acceso a la salud (Castaldo et al., 2020).

METODOLOGÍA

Se utilizó una metodología cualitativa de análisis para comprender las interpretaciones de los sujetos, destacando los significados que les dan a sus contextos, a las problemáticas sociales y a los discursos sobre un tema en particular, en este caso, la atención de la población con Chagas (Ruiz, 2012).

Como técnica de recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada (Taylor y Bogdan, 1992) y a partir de ésta, se abordaron las representaciones sociales sobre el Chagas referidas a la atención de población afectada en general y aquellas sobre la población migrante en particular. En este artículo se presenta una parte de la investigación desarrollada sobre la base de un análisis de 18 entrevistas (anónimas) a profesionales (profesionales médicos, enfermeras, matronas, encargados de los servicios de salud, cardiólogos, etc. principalmente de la salud de la región de Tarapacá (zona norte de Chile, histórica para la enfermedad de Chagas) y la Región Metropolitana (zona centro del país, con alta concentración de población migrante), dos de las tres regiones y grupos de entrevistados/as en los que se focalizó el estudio. El método de selección para la muestra fue teóricamente conducido (Valles, 1997) y las entrevistas se sistematizaron con el software Atlas-ti 7.0. El proceso de interpretación de los datos se basó en la segmentación de cada texto en citas, las cuales fueron codificadas para luego establecer categorías de análisis. El procedimiento de comparación constante, entre citas se realizó de forma exhaustiva, pasando de una codificación abierta a una axial (Strauss y Corbin, 2002).

El proyecto de investigación y los instrumentos, como los consentimientos informados, fueron aprobados por el Comité de Ética del Servicio Metropolitano Occidente de Salud de Santiago de Chile, considerando la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial, la evaluación ética ratificada, previa a la pandemia, con carta CCE N°18- 2019 y con el objeto de adecuar el desarrollo del proyecto a las condiciones producidas por la pandemia, a través de carta CCEN°19-2021.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: REPRESENTACIONES SOCIALES DE FUNCIONARIOS/AS DE SALUD

Desde los equipos de salud entrevistados, el Chagas es definido como una enfermedad desatendida, silenciosa, olvidada y medianamente escuchada por las personas que la viven, quienes, según los/las profesionales, desconocen las consecuencias y la posibilidad de tratamiento de ésta. Los equipos de salud señalan que la relevancia del Chagas es difícil de visibilizar entre los equipos que no son especialistas en la temática. En las narraciones de los equipos, se releva la idea de que el Chagas se da por superado en el territorio nacional, especialmente en su transmisión vectorial, o la prioridad

que le atribuyen es baja a nivel de salud pública, puesto que la enfermedad podría o no desarrollarse en las personas a largo plazo y, es por ello que, las personas no dimensionan su impacto. Se destaca, desde los equipos, al Chagas como una temática que sólo los dispositivos especializados manejan y resulta ser desconocida para la mayoría de los profesionales de la salud, como se ve en las siguientes citas:

La enfermedad de Chagas es una de las patologías que la describen como la enfermedad desatendida, enfermedad olvidada, ya, porque, es una patología antigua que viene de la famosa vinchuca (...) se ve como patología olvidada, desatendida, también porque donde es una enfermedad silenciosa que no causa, en el momento, problemas, sino más adelante, puede ser 20 o 30 años después, cuando los órganos ya están dañados... es una enfermedad calladita, silenciosa (Enfermera, Nivel Secundario Región Metropolitana (desde ahora RM), 2020).

No se le da mucha relevancia: de hecho, estaba hablando con el jefe, y te dice qué es el Chagas, o sea, incluso a nivel de los mismos equipos es una enfermedad difícil de visibilizar (Matrona, Nivel primario RM, 2020).

Es por lo que se releva el conocimiento de sus vías de transmisión y la manifestación clínica de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento médico además del control sanitario, la incidencia, prevalencia y su distribución en el territorio, por sobre aproximaciones que consideran determinantes sociales de la salud como incidentes en la transmisión.

Las siguientes citas visualizan la importancia dada a las explicaciones epidemiológicas de transmisión más que a otros factores, aunque algunos/as profesionales consideren factores sociales (Sanmartino, Avaria y de la Torre, 2020) . No obstante, los discursos se centran en la precariedad de las viviendas en relación con niveles de pobreza de determinados sectores sociales:

Esta enfermedad puede ser erradicada porque si los bancos de sangre ya no transmiten la cosa, no contagian a nadie, si las Vinchucas están detenidas, no hay casos reportados de infección por el insecto, y nos preocupamos de todas las mujeres en edad fértil, que tengan Chagas, de todas las embarazadas (Médico cirujano, Nivel secundario, RM, 2020).

Acá más que nada estamos con el tamizaje, no tenemos formas de prevenir la transmisión vertical, la única forma es el tamizaje. Y para las personas que viven en casas de adobe, dar aviso a fumigaciones (Enfermera, Nivel Secundario RM, 2020).

La problemática se circunscribe en la transmisión vectorial, la pobreza o se restringe a lo biomédico. Ante la pregunta sobre los mecanismos de prevención, los equipos consideran estrategias biomédicas, el tamizaje y

el control vectorial como las únicas que permitirían su erradicación; pero entre sus narraciones no consideran las condiciones sociales, económicas, culturales, estructurales y del sistema de salud que intervienen en la prevalencia de Chagas, en el acceso y adherencia a la atención de salud.

A pesar de que algunas personas entrevistadas tienen una visión más crítica sobre las significaciones del Chagas y los estereotipos que le subyacen, persiste la asociación del Chagas con contextos rurales, pobres, marginales, poblaciones que habitan construcciones precarias y que viven en situación de hacinamiento, con bajos niveles educativos, poca información de su salud y del sistema de salud chileno, además de asociar el Chagas a colectivos socioculturalmente específicos, como los grupos aymaras, quechua y migrantes provenientes de Bolivia y Perú principalmente, quedando invisibilizados otros grupos de zonas con prevalencia de Chagas. Lo anterior se condensa en las siguientes citas:

Son personas que viven (...) en condiciones de hacinamiento, zonas muy rurales, donde no existe piso, o sea, tienen piso de tierra, la forma de (...) la vivienda es precaria, de hacinamiento, por eso lo asocio mucho a la población migrante, sobre todo a bolivianos, que viven en esta zona de rucos, de piedritas, en donde está el adobe, ahí me imagino que vive el vector, la vinchuca (Matrona, Nivel primario, Región de Tarapacá (de acá en más RT), 2020).

Tenemos como dos tipos de personas: las que vienen del área norte, de casa de adobe, en contacto directo con la vinchuca, y un tipo de población más precaria migrante, ya que también viven en casa de adobe o hacinamiento, pero que tienen desconocimiento de la misma vinchuca, de la patología en sí, de lo que era. (Enfermera, Nivel secundario, RM, 2020).

La representación estereotipada del Chagas, “restringida” a la pobreza, a la ruralidad y a la migración opera como un vehículo que construye “otredad”. Es decir, las narraciones dan cuenta de que se sitúa a las personas afectadas como un sujeto ajeno, distante a un ‘nosotros/as’, la población nacional. La representación de los sujetos desde la carencia justifica la acción de las instituciones de salud chilena hacia su reeducación.

Para Liberona (2012) la “cultura” sirve al funcionariado como una válvula de escape para enfrentar los problemas de otredad que asoman durante la atención de las personas migrantes e indígenas, de modo tal que, las instituciones sanitarias terminan reproduciendo un determinismo cultural que implica considerar que las personas se comportan de una determinada manera sólo debido a su cultura o su origen cultural o social, “[Los migrantes] no están acostumbrados a este sistema, en realidad es eso, no están culturizados todavía ellos (peruanos y bolivianos). No lo comprenden” (Matrona, Nivel primario, RT, 2020).

Cuando se habla de una dimensión educativa desde los equipos de salud se plantea una vía formativa dentro de dinámicas de jerarquización,

donde las experiencias y códigos simbólicos y culturales que manejan las personas locales-rurales tienden a ser desestimados y subordinados a la mirada y control institucional, situada como lugar de expertiz. De esta manera, los saberes locales, migrantes, populares son subordinados a la cultura dominante nacional que se (re)produce en la estructura de salud. Es importante destacar, el valor atribuido a la elaboración (no institucional) de herramientas comunicacionales por parte de los equipos de atención directa para mediar la entrega de información y la comunicación, de modo de resolver las tensiones propias de trabajar con personas con diferencias socioculturales distintas, entendiendo que el ajuste cultural es un desafío para los equipos de salud, “Me cuesta hacer un trabajo (con migrantes), es desgastante. Ellos no entienden mucho las indicaciones, a veces me ha tocado también cambiar el lenguaje porque no entienden. Busco formas alternativas” (Enfermera, Nivel secundario RT, 2020).

En los relatos de las personas profesionales se visualiza una clara diferenciación culturalista y subordinada de las personas nacidas en el extranjero (Montenegro et al., 2015) porque se les construye sólo o bien desde su condición de migración, o en su adscripción indígena, o bien en posiciones económicas desfavorecidas, de determinados países y colectivos. El país de recepción -en este caso el chileno- se sitúa en una posición de privilegio:

Ellos vienen de repente con una carga laboral, emocional, y la política de salud de Bolivia (...) allá no (...) no tiene en su prioridad el tratamiento de Chagas. Cuando llegan aquí, se les ofrece este beneficio en realidad. Les cuesta mucho captarlo a ellos. No están acostumbrados. A pesar de que los educo y todo; porque ellos vienen aquí a trabajar (Enfermera, Nivel Secundario, RT, 2019).

Cabe señalar que las barreras culturales aparecen mucho más intensamente en los discursos de los equipos de la región de Tarapacá en contraste con los de la región Metropolitana. En la zona norte del país, se asocia a la migración a motivaciones de tipo laborales y se refuerza con ello la idea de que la prioridad de los y las migrantes es productiva por sobre el cuidado de la salud, desestimando con ello explicaciones estructurales que someten a las personas a condiciones de dependencia y explotación laboral y que justifican en ocasiones la baja adherencia a los programas públicos:

Cuando veo a un paciente, cuando ingresa, uno los mira, y uno ya ve si será un paciente adherente o no. Sé que viene con una carga laboral porque vienen a trabajar. Sé que muchas personas migrantes, la mayoría mujeres, vienen aquí a trabajar, y tienen a sus hijos en Bolivia, trabajan y mandan dinero. Para ellos tener una enfermedad no es una prioridad tampoco, para ellos la prioridad es venir a trabajar y mandar dinero a su familia. La salud está en otra prioridad (Enfermera, Nivel Secundario, RT, 2019).

Por otro lado, desde una perspectiva de género, hemos identificado distinciones que emergen en los discursos de matronas y enfermeras principalmente, narraciones asociadas a la prevención de la transmisión congénita y al diagnóstico de Chagas en mujeres embarazadas. En este contexto se identifica cierta visión evaluativa del ejercicio de la maternidad de las mujeres migrantes con Chagas que, por un lado, cataloga a las mujeres migrantes como “buenas/malas madres”, sobre la base de la asistencia o no a controles médicos en relación con este problema. Por otro lado, también se visualiza una visión crítica y etnocéntrica de estas mujeres, como responsables de la posible transmisión del parásito a sus hijos/as. En ello, se tiende a homogeneizar y asimilar la experiencia de maternidad en los procesos de institucionalización y medicalización del embarazo, con una fuerte carga nacionalista que suprime las particularidades biográficas, sociales, culturales, indígenas, migrantes y estructurales de las gestantes y, se produce una comparación en el desempeño de la maternidad entre chilenas, indígenas y migrantes. Para Avaria (2021) este aspecto es relevante, pues no en todos los países la medicalización e institucionalización del embarazo es una realidad y no todas las mujeres socializan el proceso de gestación de la misma manera, por lo que es esperable que no todas respondan de igual manera a la organización de la atención del embarazo y el parto.

A continuación, las citas subrayan la falta de responsabilidad de las madres migrantes respecto de los cuidados básicos durante el embarazo. Se enuncian diversas formas de presión que los/las profesionales implementan para que éstas asistan a las consultas, identificando a través de las narraciones, algunas prácticas de amenazas discursivas. En contraste, se subraya que algunas madres migrantes valoran, por sobre las nacionales, la atención médica y los beneficios asociados al sistema de salud:

Ahora ingresan muchas migrantes, ellas tienen un acceso más fácil. Me llegan muchas extranjeras embarazadas sin control en el extranjero, de embarazos ya avanzados y con patologías asociadas, entonces ya es un cambio para nosotros como profesionales el protocolo que tenemos que seguir con cada paciente, con ese tipo de paciente, ¿ya? Son pacientes que no tienen un buen conocimiento del embarazo, y que no son responsables en realidad (Matrona, Nivel primario, RT, 2020).

No tengo más herramientas más que generar algo de susto ya que si las mamás no le están dando el medicamento al hijo o falta a los controles, yo les llamo, y me dicen: no, me salió una urgencia, y me tuve que ir a Bolivia, y yo sé que es mentira, porque las he visto. Entonces, ahí como que, me frustra eso, yo las amenazó, así entre comillas, les digo: “mire aquí en Chile, los niños están protegidos. Entonces, si usted no lo trae, yo voy a tener que llamar al consultorio más cercano a su domicilio, va a tener que ir una asistente social”, y ahí te dicen ¡ah ya! Listo porque les da miedo (Enfermera, Nivel secundario, RT, 2019).

No obstante, también emergen discursos más críticos de parte de algunos/as profesionales de la salud. Estos relatos refieren a la necesidad de erradicar estigmas que asocian erróneamente una relación entre migración y enfermedad; representaciones arraigadas en equipos de salud como también en la población chilena. Los equipos destacan como clave para ello la formación y capacitación constante:

Hay muchos mitos respecto de la llegada de migrantes a nuestro país, yo creo que después de un buen tiempo, las estadísticas de cuánto Boliviano, cuánto Argentino, cuánto Peruano, cuánto Colombiano tienen tal o cual enfermedad, ahí podríamos decir si efectivamente esto ocurre, pero hasta el año pasado no se veía una gran diferencia con los chilenos (Enfermera, Nivel primario, RT, 2020).

Hay muchos que creen que las falencias, de las debilidades que tenemos, justamente porque se ha incorporado toda una población extranjera que viene a buscar trabajo... hay gente incluso piensa que en otros países no se colocan vacunas, que no se protegen, que no tienen idea de que viven en condiciones donde no tienen alcantarillado (Enfermera Referente Enfermedad de Chagas, Nivel Servicio, 2019).

Resumiendo, los equipos suelen relacionar las barreras de acceso y oportunidad de atención de salud de personas migrantes con problemas respecto de los procesos de diagnóstico y de tratamiento, destacando al menos cinco factores principales: la condición flotante, temporal e itinerante de la población migrante; la falta de conocimientos que tendrían respecto a los derechos de atención universal en salud; la falta de conciencia de los necesarios cuidados de salud que requieren ciertas enfermedades; la falta de formación en torno al proceso de salud-enfermedad que tienen en sus países; y el miedo a “aparecer” en el sistema público - población en situación irregular- por el riesgo a la deportación y denuncia del equipo tratante.

CONCLUSIÓN

Son diversos los desafíos, oportunidades y posibilidades que complejizan los enfoques para enfrentar de manera integral al Chagas en Chile. El escenario de movilidad humana actual, junto a los perfiles epidemiológicos que se configuran a partir de ésta, evidencian la necesidad de una aproximación multidimensional que cuestione la manera en que se han construido los procesos de salud/enfermedad/atención y el modo en el que han sido abordadas las experiencias de quienes se atienden y de los equipos de salud.

Actualmente se reproduce en los imaginarios de profesionales de la salud cierto determinismo cultural (Galaz et al., 2021) ya que la diferencia por nacionalidad sirve como explicación de los problemas que asoman en

la atención de salud de migrantes e indígenas. Como vimos emergen representaciones estancas y estereotipadas de las personas migrantes con Chagas que justifican la poca adherencia a los tratamientos de migrantes debido a supuestas características atribuidas a su marco cultural.

Para superar los estereotipos que subyacen al Chagas y que limitan su abordaje se hace fundamental abordar las tradiciones sobre las cuales se han cimentado las relaciones de poder dentro del sistema social y de salud biomédico. Pensar el Chagas en su intersección con la migración nos permite poner la mirada sobre las posibilidades y las oportunidades para esbozar creativas estrategias que transiten hacia la construcción de posiciones simétricas en contextos de diversidad de todo tipo, no sólo cultural, que garanticen condiciones de vida de bienestar y acceso a los servicios de salud.

El predominio de una visión médica en la atención del Chagas dificulta visualizar factores sociales que inciden en el diagnóstico oportuno como en el tratamiento en personas nacionales y en migrantes. La visión biomédica en relación con el Chagas debiera ser revisada para avanzar hacia un enfoque que considere género, origen étnico-cultural, y las intersubjetividades en el contexto de atención.

Por ejemplo, impulsar y posicionar transversalmente la práctica efectiva de la interculturalidad es necesario y considerar a las colectividades como agentes activos ya que realizan prácticas de participación, organización y resistencia ante situaciones que impliquen su propia salud. De especial relevancia es el trabajo socio-comunitario, que contemple las particularidades territoriales e inequidades que se articulan en torno al Chagas en diferentes contextos, especialmente aquellas zonas geográficas con mayor población migrante residente.

De esta manera, esta investigación adhiere a otras evidencias que enfatizan la necesidad de formación profesional considerando las particularidades de los territorios (Ramos et al., 2020; Soares et al., 2021). Ampliar la formación considerando la globalización del Chagas, la transmisión congénita en el proceso de interrupción, ampliar la búsqueda en atenciones preconcepcionales y asegurar el diagnóstico a nacidos con Chagas positivo antes del año son acciones fundamentales (Soriano et al., 2016).

Por otro lado, constatamos, como señala Maffesoli (2003) que las representaciones sociales que los equipos de salud construyen sobre la población migrante, tienen una “eficacia social” concreta que redundo en dificultades y discriminaciones para la atención de salud. Concluimos que, a partir de la persistencia de estas representaciones, es importante dar relevancia a la relación que se urde entre lo biológico, lo ambiental, lo sociocultural, lo político-económico y lo histórico en los procesos de enfermedad y considerar cómo estos factores inciden en la inequidad en salud, lo que puede afectar más intensamente a ciertos colectivos en situación de vulnerabilidad. Así, es especialmente relevante considerar los aspectos asociados a la desigualdad en el acceso, los recursos, ingresos y dinámicas de poder presentes en las

estructuras sociales y políticas públicas -en este caso de salud y en relación con la población migrante- porque su reificación puede terminar excluyendo a poblaciones de determinados derechos sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angheben, Andrea, Boix, Lucia, Buonfrate, Dora, Gobbi, Federico, Bisoffi, Zeno, Pupella, Simonetta, Gandini, Giorgio y Aprili, Giuseppe (2015). Chagas disease and transfusion medicine: a perspective from non-endemic countries. *Blood transfus*, 13(4), 540-550. doi: <https://doi.org/10.2450/2015.0040-15>

Ayala, Salvador, Alvarado, Sergio, Cáceres, Dante, Zulantay, Inés y Canals, Mauricio (2019). Estimando el efecto del cambio climático sobre el riesgo de la enfermedad de Chagas en Chile por medio del número reproductivo. *Rev Med Chil*, 147(6), 683-692. doi: <http://doi.org/10.4067/S0034-98872019000600683>

Araya Umaña, Sandra (2002). *Las representaciones sociales. Ejes teóricos para su discusión*. 127. San José, Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Avaria Andrea, Gómez i Prat, Jordi (2008). Si tengo Chagas es mejor que me muera. El desafío de incorporar una aproximación sociocultural a la atención de personas afectadas por la enfermedad de Chagas. *Enferm. Emerg*, 10(1), 40-45.

Avaria, Andrea (2021). Ser mujer como constante de tensión en el parto. Parir en Santiago de Chile, cuando se es chilena, migrante o extranjera. En Estrada, Baldomero (Comp), *Inmigración Internacional en Chile. Perspectivas económico-sociales 1850-2017* (pp. 205-243). Valparaíso, Chile: Ediciones Universitarias de Valparaíso.

Avaria, Andrea, Ventura-García, Laia, Sanmartino, Mariana y Van Der Laat, Carlos (2022). Population movements, borders, and Chagas disease. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 117, 1-8. doi: <http://doi.org/10.1590/0074-02760210151>

Avaria, Andrea, Basualto, Lorena, Brito, Sonia, Rodrigo, Flores, Claudia (2022). Perspectivas y experiencias del COVID 19 desde las personas migrantes, representantes territoriales y de organizaciones sociales. La relevancia del abordaje sociosanitario. *Revista Perspectivas: Notas sobre intervención y acción social*, (39), 11-40. doi: <https://doi.org/10.29344/07171714.39.3085>

Basile, Luca, Jansa, Josep, Carlier, Yves, Salamanca, Dominique, Angheben, Andrea, Bartoloni, Alessandro, Seixas, Jorge, Van Gool, Tom, Cañavate, Carmen, Flores, María, Jackson, Yves, Chiodini, Peter, Albajar, Pere y Working Group on Chagas Disease (2011). Chagas disease in European countries: the challenge of a surveillance system. *Euro Surveill*, 16(37), 19968.

Blasco, Teresa, García, Lucía, Navaza, Bárbara, Navarro, Miriam y Benito, Agustín (2016). Knowledge and experiences of Chagas disease in Bolivian women living in Spain: a qualitative study. *Glob Health Action*, 9(1), 1-10. doi: <https://doi.org/10.3402/gha.v9.30201>

Cabieses, Báltica (2019). Salud y migraciones: un proceso complejo y multidimensional. En Rojas, Nicolás y Vicuña, José Tomás (Eds.) *Migración en Chile: Evidencia y mitos de una nueva realidad* (pp. 143-170). Santiago, Chile: Editorial LOM.

Cabieses, Báltica, Bernales, Margarita y McIntyre, Ana María (2017). *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas*. Universidad del Desarrollo. Recuperado de: https://www.udd.cl/dircom/pdfs/Libro_La_migracion_internacional.pdf

Cabieses Báltica y Astorga, Sofía (2021). Brechas de acceso y uso de servicios de salud en población migrante internacional y chilena según curso de vida. En Avaria Andrea, Cabieses, Báltica y Obach, Alexandra (Eds). *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp.45-68), Santiago, Chile: Ril Editores, Universidad Autónoma de Chile.

Cabieses, Báltica, Obach, Alexandra, Blukacz, Alice, Carreño, Alejandra, Pérez, Claudia, Vicuña, José Tomás, Stefoni, Carolina y Avaria, Andrea (2022). Recursos y vulnerabilidades de comunidades migrantes en Chile para enfrentar la pandemia SARS-CoV-2. *Revista de Salud Pública*, 24(4), 1-7. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n4.99551>

Castaldo, Miriam, Cavani, Andrea, Segneri, María Concetta, Costanzo, Gianfranco, Mirisola, Concetta y Marrone, Rosalía (2020). Anthropological study on Chagas Disease: Sociocultural construction of illness and embodiment of health barriers in Bolivian migrants in Rome, Italy. *PLoS ONE*, 15(10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240831>

Cea-Merino, Pastor, Galaz, Caterine y Poblete, Rolando (2021). Dinámicas de intervención hacia población inmigrante en territorios extremos. Aproximación desde los servicios de salud en la Región de Aysén. En Avaria, Andrea, Cabieses, Báltica y Obach, Alenxandra (Eds.) *Salud y migraciones. Relevancia, consideraciones generales y desafíos para el Chile de hoy* (pp.221-246), Chile: Rid Editores- Universidad Autónoma de Chile.

Claveria, Isabel, Caro, Johanna, Ouabarab, Hakima, González, María Asunción, Albajar-Viñas Pedro y Gómez I Prat, Jordi (2017). The Catalanian expert patient programme for chagas disease: an approach to comprehensive care involving affected individuals. *J Immigr Minor Health*, 19(1), 80-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0345-y>

Davies, Anitta; Basten, Ana y Frattini, Chiara (2010). *Migration: A social determinant of migrants' health*. Eurohealth (London).

Departamento de Epidemiología (2017). *Encuesta Nacional de Salud*. Chile: Ministerio de Salud. <http://epi.minsal.cl/encuesta-ens/>

Di Girolamo Chiara, Bodini, Chiara, Marta, Brigida, Ciannameo, Anna, Cacciatore, Francesca (2011). Chagas disease at the crossroad of international migration and public health policies: why a national screening might not be enough. *EUROSURVEILLANCE*, 16(37), 57-61.

Freikas, Kárita, Antunes, Fabiana, Bavia, Lorena, Silva, Flavia, Holsbach, Marcia, Messias-Reason, Lara y Lucas, Thaisa (2019). Chagas Disease: From Discovery to a Worldwide Health Problem. *Front Public Health*, 7. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00166>

Forsyth, Colin, Meymandi, Sheba, Moss, Ilan, Cone, Jason, Cohen, Rachel y Batista, Carolina (2019). Proposed multidimensional framework for understanding Chagas disease healthcare barriers in the United States. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 13(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007447>

Foucault, Michel (2001). *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Ciudad de México, México: Siglo XXI.

Galaz, Caterine (2009). *Las relaciones de cooperación y exclusión social. Un estudio sobre la alteridad*. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Galaz, Caterine y Montenegro, Marisela (2015). Gubernamentalidad y relaciones de inclusión/ exclusión: los dispositivos de intervención social dirigidos a mujeres inmigradas en España. *Universitas Psychologica*, 14(5), 1667-1680.

Galaz Caterine, Avaria, Andrea y Silva, Claudia(2021). Avances y limitaciones en la investigación sobre factores sociales relativos a la Migración y Chagas. *Humanidades Médicas*, 21(2), 597-614.

Galaz, Caterine, Cea, Pastor, Molina, Daniela, Castro, Daniela y Ortega, María José (2021). Una mirada interseccional a las prácticas de salud en Aysén. Procesos de racialización en Chile. *Quaderns de psicologia*, 23(3) doi: <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1750>

Goldberg, Alejandro (2010). Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia del Chagas y la tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires respectivamente. *Revista Eä*, 1(3). Recuperado de <http://www.ea-journal.com/art1.3/Abordaje-antropologico-comparativo-chagas-tuberculosis.pdf>

Hashimoto, Ken, Zúniga, Concepción, Nakamura, Jiro y Hanada, Kyo (2015). Integrating an infectious disease programme into the primary health care

service: a retrospective analysis of Chagas disease community-based surveillance in Honduras. *BMC Health Service Research*, 116. doi: <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0785-4>

Ibáñez, Tomás (1988). *Ideología de la Vida Cotidiana*. Barcelona, España: Ediciones Sendai.

Iglesias, Laura, Romay, María, Boquete, Teresa, Benito, Agustín y Blasco, Teresa (2019). The role of the first level of health care in the approach to Chagas disease in a non-endemic country. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 13(12). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007937>

Iglesias, Laura, Romay, María, Boquete, Teresa, Benito, Agustín, Jordan, Brigitte y Blasco, Teresa (2022). Mapping health behaviour related to Chagas diagnosis in a non-endemic country: Application of Andersen's Behavioural Model. *PLoS ONE*, 17(1). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262772>

Jimeno, Irene, Mendoza, Nilce, Zapana, Franz, De la Torre, Leonardo, Torrico, Faustino, Lozano, Daniel, Billot, Claire, Pinazo, María Jesus y InSPIRES Consortium (2021). Social determinants in the access to health care for Chagas disease: A qualitative research on family life in the "Valle Alto" of Cochabamba, Bolivia. *PLoS ONE*, 16(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255226>

Liberona, Nannette (2012). De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. *Revista de Ciencias Sociales*, (28), 19-38.

León, Marú y Pàez, Darío (2002). Representaciones sociales de la enfermedad de Chagas en comunidades en riesgo: creencias, actitudes y prevención. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 36(1-2), 215-236.

López, Stella y Salomón, Oscar (2015). Conocimiento, percepción y actitud sobre la enfermedad de Chagas en un centro de referencia urbano. *Revista De patología Tropical*, 44(4), 409-422. doi: <https://doi.org/10.5216/rpt.v44i4.39228>

López, Stella y Salomón, Oscar (2022). Conocimiento, percepción y actitud sobre la enfermedad de Chagas en un centro de referencia urbano. *Revista de patología Tropical*, 44(4), 409-422.

Maffesoli, Michel (2003). El Imaginario Social. *Revista Anthropos*, 198, 149-153.

Manne-Goehler, Jennifer, Reich, Michael y Wirtz, Veronika (2015). Access to care for Chagas disease in the United States: a health systems analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 93(1), 108-113. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.14-0826>

Minneman, Rebeca, Hennink, Monique, Nicholls, Andrea, Salek, Sahar, Palomeque, Francisco, Khawja, Amina, Albor, Lauren, Pennock, Chester y Leon Juan (2012). Barriers to Testing and Treatment for Chagas Disease among Latino Immigrants in Georgia. Hindawi Publishing Corporation. *Journal of parasitology research*, 295034. doi: <https://doi.org/10.1155/2012/295034>

MINSAL(2022). Informe de vigilancia integrada anual enfermedad de Chagas. Periodo 2020. Recuperado de https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.14_INFORME-ENFERMEDAD-DE-CHAGAS.pdf

Montenegro Martínez, Marisela; Galaz Valderrama, Caterine; Yufra, Laura; Montenegro Quitana, Karla. Dinámicas de subjetivación y diferenciación en servicios sociales para Mujeres inmigradas en la ciudad de Barcelona. *Athenea digital*, 2011, 11(2), 113-132- Recuperado de <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/244714>.

Olivera, Mario, Porra, Juan, Toquica, Camilo y Rodríguez, Jorge (2018). Barriers to Diagnosis Access for Chagas Disease in Colombia. *Journal of Parasitology Research*, ID 4940796. doi: <https://doi.org/10.1155/2018/4940796>

Oyarzún, Alberto, Guevara, Paula, Martínez, Camila, Espinoza, Gustavo, Valencia, Oscar, Parada, Mario y Cárdenas, María José (2021). Caracterización de personas con enfermedad de Chagas en el Centro de Salud Familiar Valle Los Libertadores y establecimientos dependientes en Putaendo. *Revista Chilena de Salud Pública*, 24(2), 161-165. doi: <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2020.61285>

Pan American Health Organization (2017). EMTCT Plus. Framework for elimination of mother-to-child transmission of HIV, Syphilis, Hepatitis B, and Chagas (OPS/CHA/17-009). Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>

Pinazo, María Jesús, Rojas, Mirko, Saravia, Ruth, Garcias Wilson, Ramos, Carlos, Pinto, Jimy, Ortiz, Lourdes, Castellon, Mario, Mendoza, Nilce, Lozano, Daniel, Torrico, Faustino y Gascon, Joaquin (2022). Results and evaluation of the expansion of a model of comprehensive care for Chagas disease within the National Health System: The Bolivian Chagas network. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 16(2). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010072>

Pinto, Joao (2012). Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. *Salud Colectiva*, 8(1), 39-48.

Pinto, Joao (2017). Facing Chagas disease. *Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 50(3), 285-286. doi: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0254-2017>

Pujal, Margot (1996). La identitat (el sef). En Botella, Mercé (Ed.) *Introducción a la psicología Social* (pp.61-109), Barcelona, España: Ediuoc.

Ramos, José, Mira, José, Ramos, Violeta, Torrús, Diego, Llenas, Jara y Navarro, Miriam (2020). Healthcare Professionals and Students' Awareness of Chagas Disease: Design and Validation of Chagas Level of Knowledge Scale (ChaLKS). *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 103(1), 437–444. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.19-0677>

Repetto, Carla, Zachariah, Rony, Kumar, Ajay, Angheben, Andrea, Gobbi, Federico, Anselmi, Mariella, Al Rousan, Ahmad, Torrico, Carlota, Ruiz, Rosa, Ledezma, Gabriel, Buoninsegna, Maria Chiara, Khogali, Mohammed, Van den Bergh, Rafael, De Maio, Gianfranco, Egidi, Ada, Maccagno, Barbara y Garelli, Silvia (2015). Neglect of a neglected disease in Italy: the challenge of access-to-care for chagas disease in bergamo area. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 9(9). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004103>

Requena, Ana, Albajar, Pere, Angheben, Andrea, Chiodini, Peter, Gascón, Joaquim y Muñoz, José (2014). Health Policies to Control Chagas Disease Transmission in European Countries. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 8(10). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0003245>

Requena, Ana, Bussion, Sheila, Aldasoro, Edelweiss, Jackson, Yves, Angheben, Andrea, Moore, David, Pinazo, María Jesús, Gascón, Joaquim, Muñoz, José y Sicuri, Elisa (2017). Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *Lancet Global Health*, 5 (4), e439–e447. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30073-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30073-6)

Rodríguez, José y Albajar, Pere (2010). Chagas disease: a new worldwide challenge. *Nature*, 465, S6-S7.

Ruiz, José (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. España: Universidad de Deusto.

Said, Edward (2003). *Orientalismo*. Barcelona, España: De Bolsillo.

Sanmartino, Mariana(2009). "Tener Chagas" en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de la Plata (Argentina). *Revista Biomedica*, 20, 216-227.

Sanmartino, Mariana, Amieva, Carolina, y Medone, Paula (2018). Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina. *Global health promotion*, 25(3), 102–110. doi: <https://doi.org/10.1177/1757975916677189>

Sanmartino, Mariana, Avaria, Andrea, de la Torre, Leonardo (2020). A Social Approach to Chagas Disease: A First Step to Improve Access to Comprehensive Care. En Pinazo María Jesús y Gascón Joaquim (Eds.), *Chagas Disease* (pp.54-74). Suiza: Springer, Cham

Sanmartino, Mariana, Forsyth, Colin; Avaria, Andrea; Velarde, Mar. Gómez I Prat, Jordi y Albajar, Pedro (2022). The multidimensional comprehension of Chagas disease. Contributions, approaches, challenges and opportunities from and beyond the Information, Education and Communication field. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 117. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760200460>

Schmunis, Gabriel (2007). Epidemiology of Chagas disease in non-endemic countries: the role of international migration. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 102, 75–85. doi: <https://doi.org/10.1590/s0074-02762007005000093>

Schmunis, Gabriel y Yadon, Zaida (2010). Chagas disease: a Latin American health problem becoming a world health problem. *Acta Tropica*, 115(1-2), 14–21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.actatropica.2009.11.003>

Stefoni, Carolina, Cabieses, Báltica y Blukacz, Alice (2021). Migraciones y COVID-19: Cuando el discurso securitista amenaza el derecho a la salud. *Simbiótica*, 8(2), 38–66. doi:<https://doi.org/10.47456/simbitica.v8i2.36378>

Seguel, Felipe, Morgado, Luis y Cruz, Pía (2021). Perfil epidemiológico de la enfermedad de Chagas en la comuna de Paihuano. *Revista Médica del Maule*, 36(1): 32-38.

Shikanai, María Aparecida, Goncalves, Camila, Barbosa, Noemia, Maya, Magda, Quiroga, Rosario, Moreira, Ruth, Regina, Célia, Luna, Exedito, Silva, Rubens, Hage, Marcia, Medeji, Caroline, Delatorre, Felipe, Teixeira, Vera, Valerio, Dalva, Martinelli, Luzia, Almeida, Sonia, Albajar, Pedro y Carneiro, Nivaldo (2017). Interdisciplinary approach at the primary healthcare level for Bolivian immigrants with Chagas disease in the city of São Paulo. *PLOS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 11(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005466>

Silveira; Cássio ; Martin, Denise ; Goldberg Alejandro. (2019). La vida confeccionada entre retazos de tela. Trabajo, vivienda y salud en inmigrantes bolivianos de la ciudad de São Paulo. *Trabajo y sociedad*, 32, 431-449

Soares, Alice, Martinez, Martha, Paim, Diego, De Cássia, Rita, Galvão Mitermayer (2021). Healthcare Workers' Knowledge about Chagas Disease: A Systematic Review. *The American Journal of Tropical Medicine Hygiene*, 104(5), 1631-1638. doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1199>

Soriano, Antoni, Angheben, Andrea, Serre Nuria, Treviño, Begoña, Gómez I Prat, Jordi y Jackson, Yves (2016). Control and management of congenital Chagas disease in Europe and other non-endemic countries: current policies and practices. *Tropical Medicine and International Health*, 21(5), 590-596. doi: <https://doi.org/10.1111/tmi.12687>

Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002). Bases de la investigación cualitativa. *Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Colombia: Universidad de Antioquía.

Tajfel, Henri (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona, España: Herder.

Tamayo, Laura, Guhl, Felipe, Vallejo, Gustavo y Ramírez, Juan (2018). The effect of temperature increase on the development of *Rhodnius prolixus* and the course of *Trypanosoma cruzi* metacyclogenesis. *PLoS NEGLECTED TROPICAL DISEASES*, 12(8). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0006735>

Tapia, Valentina, Figueroa, Daniela, Maldonado, Ana, Frías, Daniel, Gonzalez, Christian, Parra, Alonso, Canals, Lucia, Apt, Werner, Alvarado, Sergio, Cáceres, Dante y Canals, Mauricio (2018). Assessing the risk zones of Chagas' disease in Chile, in a world marked by global climatic change. *Memorias do Instituto Oswaldo Cruz*, 113(1), 24–29. doi: <https://doi.org/10.1590/0074-02760170172>

Thayer Correa, Luis Eduardo y Tijoux Merino, María Emilia (2022). Trayectorias del sujeto migrante en Chile. Elementos para un análisis del racismo y el estatus precario. *Papers*, 107 (2), e2998. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/papers.299>

Taylor, Stephen y Bogdan, Robert (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós.

Tineo, Evelyn y Ponte, Carmen (2013). Representaciones Sociales de la enfermedad de Chagas: dimensiones y estructura Social. *Revista de Investigación*, 37(78), 145-165.

Uchôa Elizabeth, Firmo, Josélia, Días, Elizabeth, Pereira, María Stella y Gontijo, Eliane (2002). Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cadernos Saúde Pública*, 18(1), 71-79. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100008>

Valdez Tah Alba R. (2021). Making Sense of Chagas Disease among Mexican Immigrants in California. *Medical anthropology*, 40(6), 511–524. doi: <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1894560>

Valdez, Alba, Huicoche, Laura, Ortega, Judith, Nazar, Austreberta y Ramsey, Janine (2015). Social Representations and Practices Towards Triatomines and Chagas Disease in Calakmul, México. *PloS one*, 10(7). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132830>

Valles, Miguel (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Síntesis.

Van Der Laat, Carlos (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. En Cabieses, Báltica, Bernales, Margarita, McIntyre, Ana María (Eds.) *La migración internacional como determinante social de la salud en Chile* (pp. 29-38), Santiago, Chile: Universidad del Desarrollo.

Ventura, Laia (2022). "Tú me dirás: yo, ¿de cuáles soy?": la práctica clínica del Chagas como riesgo latente. *Ciencia Saúde Coletiva*, 27(3), 871-879.