

# PROCESOS DE BÚSQUEDA DE SALUD DE PERSONAS CON CHAGAS EN ARGENTINA: ENTRE OBSTÁCULOS Y FACILITADORES

MARCELO SILVIO BARRERA

Doctorado en Antropología y Comunicación, Universitat Rovira i Virgili  
marcelosilvio.barrera@urv.cat · <https://orcid.org/0000-0003-2157-8402>

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo principal abordar la problemática de los procesos de búsqueda de salud encarnados por personas con Chagas que forman parte del espacio colectivo de apoyo mutuo “Viviendo con Chagas” que funciona en el marco del Hospital Francisco Javier Muñiz, en la Ciudad de Buenos Aires (Argentina). En tal sentido, el texto recupera la experiencia de las personas que se encuentran infectadas con el *Trypanosoma cruzi* (el parásito que causa el Chagas). Dada la riqueza analítica del caso y los límites de espacio del artículo, el trabajo se centra, principalmente, en la reconstrucción del proceso protagonizado por uno/a de nuestros/as informantes. En ese marco, el análisis da cuenta de los sentidos que invisten su experiencia de aflicción, la identificación y el abordaje de los principales obstáculos y facilitadores que atraviesan su derrotero de búsqueda, así como de la exploración de los papeles que, en el marco de tal itinerario, pudieran o no desempeñar sus entornos afectivos y expertos, tales como las redes de familiares y de amistad, y las redes médicas de ayuda profesional con las que se vinculan. Para dar cuenta del

objetivo propuesto, el trabajo parte de una estrategia cualitativa, basada fundamentalmente en la realización de entrevistas en profundidad a personas con Chagas y médicos/as.

**PALABRAS CLAVE:** Procesos de búsqueda de salud; Chagas; obstáculos y facilitadores; salud pública; biomedicina.

HEALTH-SEEKING PROCESSES OF PEOPLE WITH CHAGAS IN ARGENTINA:  
BETWEEN OBSTACLES AND FACILITATORS

**ABSTRACT:** The main objective of this article is to address the issue of health-seeking processes among people with Chagas disease who are part of the “Viviendo con Chagas” support group operating within the framework of the Francisco Javier Muñiz Hospital in Buenos Aires (Argentina). The text describes the experience of people infected with *Trypanosoma cruzi* (the parasite that causes Chagas disease). Given the analytical richness of these cases and the limited space available, the article focuses primarily on the reconstruction of the process undertaken by one of our informants. The analysis considers the meanings that are associated with his/her experience of affliction and the identification of and approach towards the main obstacles and facilitators that have crossed his/her path in the quest for wellness. It also explores the roles that his/her affective and expert environments may or may not play within the framework of this health-seeking journey, such as family and friendship networks and professional medical care networks. To accomplish this objective, a qualitative strategy was adopted in this work, fundamentally based on in-depth interviews with people with Chagas disease and physicians.

**KEYWORDS:** Health-seeking processes; Chagas disease; obstacles and facilitators; public health; biomedicine.

## 1. Introducción

Pese a que su descubrimiento se ubica en la primera década del siglo XX, la enfermedad de Chagas constituye aún hoy un problema muy relevante de salud pública en América Latina y Argentina, en particular. Esto se debe, fundamentalmente, a los movimientos migratorios intercontinentales y a las vías de transmisión —principalmente la congénita y la transfusional, entre otras—, que no son la vectorial. Actualmente, es además un problema de salud global que se encuentra presente en los cinco continentes y afecta de modo directo entre 6 y 7 millones de personas en todo el mundo (WHO, 2021). Contrariamente a los imaginarios colectivos que aún circulan socialmente en torno al Chagas, se trata de una enfermedad con mayor prevalencia en el contexto urbano que rural (Schmunis y Yadon, 2010). En ese marco, hay que destacar que la cifra del total de infectados evidencia que es una enfermedad de una significativa morbilidad, pero también, incluso, responsable solo en Latinoamérica de 12.000 muertes al año (OPS, 2023). En lo que refiere estrictamente a la Argentina, se estima<sup>1</sup> que habría aproximadamente 2.300.000 personas expuestas a contraer la infección y al menos 1.5 millones de personas infectadas (WHO, 2017), sobre una población total que, según indica el último censo, alcanza algo más de 46 millones de habitantes.

Cabe señalar que, si bien desde hace décadas la enfermedad de Chagas ha sido considerada por los especialistas en salud pública como una “enfermedad negada”, esto parece comenzar a modificarse lentamente, dado que desde el año 2000 “el Chagas se ha convertido en parte relevante de la agenda en salud global (Ventura *et al.*, 2013). Pese a ello, a nivel local, e incluso regional, contrasta la escasa consideración que tienen los integrantes de los equipos de salud, académicos/as y, distintas autoridades de los ámbitos público y privado competentes en lo que respecta a las dimensiones socioculturales y políticas de esta problemática, con la que sí asumen esos actores en relación con los distintos aspectos biomédicos del Chagas (Sanmartino y Carrillo, 2018). Lo cual se traduce en una “importante brecha” (Sanmartino *et al.*, 2015) entre la cantidad de

1. Las cifras difieren sensiblemente según las fuentes que se utilicen.

conocimientos producidos y acumulados desde enfoques clínicos o epidemiológicos acerca de los aspectos biomédicos (formas de infección y transmisión, tratamientos, etc.) y aquellos generados desde las ciencias sociales referidos a los factores socioculturales del Chagas, entre los que se encuentran, los trabajos publicados desde el enfoque teórico-conceptual de la antropológica-médica (Aguilar Lorenzana, 2015; Ciannameo, 2014; Ventura-García, 2018; Ventura-García, 2022; Ventura-García, Muela-Ribera y Martínez-Hernández, 2020; Pérez Camargo, 2020).

En ese marco, este trabajo analiza la experiencia y los procesos de búsqueda de salud (en adelante, HSP) encarnados por personas con Chagas que en la actualidad forman parte del espacio colectivo de apoyo mutuo “Viviendo con Chagas” que funciona en el marco del Hospital Francisco Javier Muñiz<sup>2</sup>, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), Argentina. Para ello, el artículo, recuperando el punto de vista de quienes protagonizan los HSP mencionados, concentra su mirada en la reconstrucción y el abordaje crítico de los principales obstáculos y facilitadores que invisten tales experiencias y procesos de búsqueda. Por último, es importante destacar que, dadas las limitaciones de espacio, centraré el análisis en el HSP encarnado por Patricio<sup>3</sup>.

## 2. Marco teórico

### 2.1 Modelos explicativos, narrativas de aflicción y dimensiones sociales de la enfermedad

Para efectuar el análisis retomaré algunos aportes teóricos troncales provenientes de la antropología médica, subdisciplina que parte de la premisa de que la enfermedad, la salud, la aflicción —la atención— y la muerte no son fenómenos biológicamente reductibles, dado que están social, cultural, política y económicamente investidos (Laurell, 1982). En

---

2. El Hospital fue “antecedido en 1882 por la antigua Casa de Aislamiento, que sirvió de lazareto durante epidemias de cólera, fiebre amarilla y viruela de la época [...]. La nueva Casa de Aislamiento, construida en 1886 en el barrio Parque Patricios (‘Hospital de Barracas’), pasó a denominarse en 1904, Hospital Francisco Javier Muñiz, en memoria a quien fuera médico militar, naturalista y paleontólogo” (Laval, 2012: 468).

3. Todos los nombres de los/as entrevistados/as son ficticios a fin de preservar la confidencialidad de estos/as.

tal sentido, desnaturalizar —y, por tanto, desbiologizar— la enfermedad y dar cuenta que es un fenómeno también socioculturalmente construido es sin duda una de las principales contribuciones de la antropología médica.

En ese marco, hacia fines de la década del setenta del siglo pasado, emerge con vigor en los Estados Unidos el paradigma llamado *meaning-centered approach* o aproximación centrada en el significado. El que dirige sus esfuerzos en la recuperación de la voz, sentidos, representaciones y valores de los afligidos (pacientes, en este caso), en detrimento de las miradas clínicas (biomedicina) centradas en la enfermedad y no en quienes la padecen, utilizando una perspectiva teórico-epistemológica de tipo interpretativa. Uno de sus principales representantes, Arthur Kleinman, desarrolló, a tono con la perspectiva señalada, el concepto de *Explanatory Models* (en adelante, EM) o Modelos Explicativos, los cuales definió como “las nociones acerca de un episodio de enfermedad y su posible terapéutica que son empleadas por todos aquellos involucrados en el proceso clínico” (Kleinman, 1980: 105). Esta idea le permitió resignificar<sup>4</sup> la distinción, propuesta previamente por Fabregas (1972), entre los conceptos de *illness* y de *disease*, distinción fértil<sup>5</sup> para captar en toda su complejidad los diversos planos de la experiencia sobre la enfermedad. Así, para Kleinman, la *illness* se asocia con el EM de la persona que sufre —el paciente, en el contexto de la relación clínica— y, por tanto, se conforma a partir de las manifestaciones de los síntomas, que constituyen la expresión del malestar por parte de la persona afligida; mientras que, en el caso de la *disease*, la misma se vincula con el EM del profesional de la salud, quien, en tanto representa el conocimiento biomédico, se sintetiza en la explicación biológica que da el profesional respecto al padecimiento de quien, en la relación clínica, es su paciente (Kleinman, 1988).

Ahora bien, las nociones y sentidos que los/as enfermos/as le otorgan a su “experiencia de padecimiento” (Good, 2003), que se expresarán en “narrativas de aflicción” (Anderson, 2000), orientarán su proceso

4. Kleinman criticará a Fabregas el hecho de que las pensará como entidades y no como modelos explicativos (Martínez Hernández, 2008).

5. Cabe señalar que es una distinción que también ha sido cuestionada y, sobre todo, resignificada. Al respecto, véase Young (1982).

de búsqueda de salud. Por ello, recuperar el punto de vista de los actores es central para comprender sus acciones tendientes a resolver su problema de salud. Dicho esto, cabe señalar que, si bien es relevante abordar las narrativas de los actores —como hemos señalado, las narrativas son la forma a través de la cual la experiencia y las acciones de los actores es representada y comunicada—, no es menos importante dar cuenta de la dimensión social en las que esas significaciones se configuran. En tal sentido, como destaca el paradigma de la *Critical Medical Anthropology* o antropología médica crítica, se requiere profundizar en los procesos de socialización en los que aparecen *illness* y *disease*, esto es, la *sickness* o las dimensiones sociales de la enfermedad. En consecuencia, la antropología médica enfatiza el análisis de las condiciones sociales de producción de la salud y la enfermedad, abordando la incidencia de las estructuras de poder y las desigualdades sociales en las mismas (Suárez, 2019).

## 2.2 Procesos de búsqueda de salud: más allá de los reduccionismos

El interés de este trabajo, como lo señalé en la introducción, se concentra en el análisis de los procesos de búsqueda de salud de carácter individual y colectivo que son factibles de desencadenarse tras la aparición en un sujeto de síntomas y la existencia de un diagnóstico referido a una enfermedad, en este caso, del Chagas. Tales procesos, que no se reducen a un mero acontecimiento, remiten a “las acciones realizadas por un individuo que percibe la necesidad de ayuda para intentar resolver un problema de salud” (Chrisman, 1977: 353). Por tanto, refieren a los pasos específicos que se producen en el marco de un sistema de gestión de la salud para mantener o recobrar esta última, y que incluyen tanto el autocuidado, como la consulta a legos o a profesionales de un sistema médico (Comelles y Martínez-Hernández, 1993). La idea de proceso que se desarrolla en fases o momentos que son más o menos similares, pero que no son secuenciales ni tampoco mecánicos —los recorridos terapéuticos poseen especificidades que permiten que determinados momentos puedan no presentarse—, posibilita realizar el análisis socio antropológico de la búsqueda de salud como un fenómeno complejo que no se reduce

meramente a las decisiones y elecciones que impulsan las conductas de los individuos (Muela, 1997).

En efecto, se trata de construir un enfoque de los HSP que al tiempo que describa y analice las nociones y las acciones relacionadas con la gestión de la enfermedad y la salud que puedan desarrollar las personas que padecen una aflicción, simultáneamente, dé cuenta del contexto atravesado por desigualdades económicas, sociales, culturales y políticas que condicionan tales simbolizaciones y comportamientos, e invisten los procesos de búsqueda señalados. Un enfoque que contemple la capacidad de agencia de los actores y los sentidos que les otorgan a sus acciones, así como cuáles son los determinantes estructurales que la limitan. Por tanto, se trata de comprender cuándo y cómo los individuos buscan acceso a los servicios de salud en el marco de los procesos de búsqueda de ayuda que protagonizan (Obrist, 2007), así como dar cuenta de los obstáculos del contexto asistencial a menudo crítico que deben enfrentar. En tal sentido, es de destacar que por medio del abordaje de los HSP es factible abrir una ventana para auscultar el sistema biomédico de salud, dado que estos procesos pueden dejar entrever, al menos potencialmente, “las tensiones resultantes de las interacciones que se producen entre las expectativas y experiencias de las personas y las respuestas —o la falta de las mismas— brindadas por los servicios de salud” (Bellato, Araújo y Castro, 2008). De tal forma que, en este estudio, recuperaré la perspectiva del actor en el marco de un enfoque procesual y relacional que incluye, no solo a las estructuras de significado e intereses de los actores sociales, sino que también considera las relaciones asimétricas y el contexto crítico en el cual los sujetos están insertos y desarrollan sus acciones.

### 3. Metodología

Este artículo es producto de la investigación que realicé para el Trabajo Final del Máster en Antropología Médica y Salud Global (URV). Este estudio se basa en un diseño de investigación exploratorio, con un enfoque epistemológico interpretativo y una estrategia teórico-metodológica de tipo cualitativa que me ha permitido “conocer la perspectiva de los

actores acerca de sus experiencias y cómo tales interpretaciones afectan sus acciones e interacciones” (Szasz y Amuchástegui, citado en Jones y Alonso, 2019). El procedimiento de muestreo elegido para seleccionar a los participantes fue intencional y la población de estudio se compuso por hombres y mujeres mayores de 18 años, que forman parte del grupo colectivo de apoyo mutuo “Viviendo con Chagas”. En ese marco, en el transcurso del trabajo de campo, que se desarrolló entre noviembre de 2022 y abril de 2023, utilicé como técnica de recolección de datos la entrevista semiestructurada en profundidad. Además, llevé a cabo el análisis de la literatura científica, que me permitió conocer el estado actual del conocimiento sobre el tema.

En cuanto a las entrevistas, dada la impronta exploratoria de la investigación, efectué un total de seis: cuatro a personas con Chagas (un hombre y tres mujeres) y dos a médicas profesionales, quienes fueron pioneras en la construcción del grupo. Fue una informante clave quien me facilitó el acceso al campo al contactarme con quien sería la primera integrante del grupo entrevistada por nosotros. Fue esta última quien, a partir de la técnica conocida como “bola de nieve” permitió que pudiera entrevistar a otras personas del grupo afectadas por el *T. cruzi* y a las dos informantes médicas. Específicamente, en lo que refiere a los/as pacientes, es importante señalar que, en los cuatro casos, son hombres y mujeres de sectores socioeconómicos medios bajos —tres de ellos/as viven en distintos barrios ubicados en el conurbano bonaerense—<sup>6</sup>, mientras que, en un caso, lo hace en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Un rasgo común que poseen es el hecho de que todos/as trabajan en el sector informal de la economía. Ahora bien, tanto la cantidad de encuentros que realizamos, como la duración y el lugar donde se efectuaron variaron entre los/as distintos/as entrevistados/as.

A Patricio, de 62 años y residente en Gregorio de Laferrere (partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires), es padre de dos hijos y

---

6. El conurbano bonaerense se encuentra conformado por veinticuatro partidos de la provincia de Buenos Aires que “rodean” a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA). Si bien los partidos mencionados son extremadamente heterogéneos entre sí en lo que refiere a las clases sociales que los habitan, los partidos en los que viven los/as entrevistados/as son de sectores medios/bajos y bajos.

una hija, y trabaja repartiendo hortalizas y frutas con su “*camionetita*” en el marco del Mercado Central.<sup>7</sup> Lo entrevisté dos veces, en ambas ocasiones después de que él saliera de realizar una consulta clínica en el Hospital Muñiz. El primer encuentro se desarrolló en la plaza ubicada frente al Hospital y, el segundo, en un café cercano al mismo. En ambos casos la entrevista se extendió alrededor de una hora y media. En el caso de Cecilia, de 34 años y residente en Ezpeleta (partido de Quilmes, provincia de Buenos Aires), es diseñadora gráfica *freelance* y convive con Óscar, su pareja. La entrevisté en una ocasión, en un bar ubicado en el centro de CABA, y la conversación se extendió dos horas. A Juana, de 52 años y residente en Lugano (barrio de CABA), está casada y es madre de dos hijos y una hija, y trabaja como “franquera”<sup>8</sup> realizando tareas de cuidado a adultos mayores. La entrevisté en dos ocasiones, durante una hora, y las dos veces fue en un bar ubicado cerca de su casa. Por último, en el caso de Mariela, de 41 años y residente en Carlos Spegazzini (partido de Ezeiza, provincia de Buenos Aires), está casada, es madre de un hijo y una hija, ambos adolescentes y trabaja vendiendo ropa interior femenina por catálogo en línea. La entrevisté en una ocasión que se extendió más de dos horas, en un bar ubicado cerca de la estación de tren del partido del conurbano en el que vive.

En los casos de las médicas profesionales entrevistadas, quienes provienen de sectores socioeconómicos medios, ambos encuentros, que fueron únicos, se desarrollaron en contextos hospitalarios. En el caso de Soledad, de 34 años, vive con su pareja y es madre de una bebé de meses. La entrevista se efectuó en el marco de un recreo de su jornada laboral desarrollada en un hospital de la CABA, lo cual condicionó la extensión de la conversación, que se realizó a lo largo de cincuenta minutos. Sin embargo, en el caso de Leticia, de 62 años y madre de una hija, la entrevista se produjo en el consultorio que ocupa en el Hospital Muñiz, en un mediodía caluroso, fuera del horario de atención.

7. El Mercado Central de Buenos Aires es el centro de comercialización de frutas y hortalizas más grande de la Argentina Abastece a un mercado de consumo de más de 13 millones de personas, al respecto ver: <http://www.mercadocentral.gob.ar/paginas/qu%C3%A9-es-el-mercado-central>.

8. Los vocablos y expresiones entrecomilladas remiten a términos nativos.

Cuadro 1. Datos de las personas informantes

Nombre	Resumen biográfico
Patricio	62 años. La Matanza, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Primario completo. En concubinato. Dos hijos y una hija. Trabaja en el sector informal. Migrante de origen boliviano.
Cecilia	34 años. Quilmes, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Universitario completo. En concubinato. Sin hijos. Trabaja como diseñadora gráfica <i>freelance</i> .
Juana	52 años. Lugano, CABA, Argentina. Primario incompleto. Casada. Dos hijos y una hija. Trabaja en el sector informal realizando tareas de cuidado de adultos mayores. Migrante de origen boliviano.
Mariela	41 años. Ezeiza, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Secundario completo. Casada. Un hijo y una hija. Trabaja en el sector informal vendiendo ropa interior femenina por catálogo en línea.
Soledad	34 años. Universitario completo. En concubinato. Madre de una hija. Médica.
Leticia	62 años. Universitario completo. Separada. Madre de una hija. Médica.

Por último, con respecto al procesamiento y análisis de los datos, se debe destacar que las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento de los entrevistados/as y transcritas (de forma literal) y codificadas luego de su realización por el propio investigador.

## 4. Resultados

### 4.1 El diagnóstico: lo inesperado

El Chagas como otros procesos de salud-enfermedad-atención-prevención conlleva enfrentar malestares y padecimientos corporales, psíquicos y emocionales (actuales o latentes), que impactan de modo diferencial en las trayectorias biográficas de quienes los vivencian de acuerdo a variables tales como la clase social, la edad, el género, así como, según la cantidad de años que convivieron con la infección, si han ingresado o no en la fase crónica sintomática en la que se manifiesta algún tipo de cuadro

clínico, como, por ejemplo, problemas del tracto digestivo o cardíacos. Todo ello puede suceder 20 o 30 años luego de haber contraído el parásito, como, asimismo, si han padecido otras enfermedades. También son disímiles las formas de llegar a un diagnóstico confirmado, dado que hay quienes experimentan primero ciertos síntomas y luego recurren —a veces de modo más temprano y en otras más tardío— a los servicios de salud, donde luego de efectuar los análisis de laboratorio pertinentes, obtienen una notificación de su serología positiva. En otros casos —los más frecuentes, según la literatura local consultada— obtienen el diagnóstico sin haber experimentado algún tipo de sintomatología o enfermedad declarada. En tal sentido, aunque me centraré en la experiencia de Patricio, un rasgo común en todos los/as entrevistados/as es el carácter no esperado y sorpresivo del diagnóstico, dado que ninguno/a de ellos/as había experimentado síntomas o, pensaba y sentía, que pudiera estar infectado/a con el parásito *T. cruzi*.

Patricio vino con su madre a la Argentina, a los 8 años de edad, desde una zona semirural de la ciudad boliviana de Cochabamba. Allí, desde muy pequeño “ayudaba a lijar” e incluso “dormía” en la carpintería en la que trabajaba su hermano mayor (en la que recuerda que en una ocasión “sintió un pinchazo y se me hizo una roncha”<sup>9</sup>, pero que, “en esa época habrán pensado que era una arañita”). Me relató que “descubrió” sorpresivamente que tenía Chagas cuando realizaba los controles de salud que se requerían para efectuar el trámite necesario, con el fin de obtener el documento nacional de identidad argentino. Así es que “descubrí la enfermedad a los 18 años de edad, esa vez estaban los militares acá<sup>10</sup>, te obligaban a todo, para sacar el documento de identidad te obligaban a hacer un análisis de sangre, entre otros muchos estudios, justamente te lo hacían acá [se refiere al Hospital Muñiz]” (Patricio, 62 años). De tal forma que, Patricio se vio interpelado repentinamente por un diagnóstico que no preveía ni esperaba.

9. Patricio se refiere al chagoma de inoculación, esto es, la reacción inflamatoria dolorosa que puede producirse luego de la picadura del vector (la vinchuca).

10. La última dictadura-cívico militar se extendió entre los años 1976-1983. Implementó una política de terrorismo de Estado, caracterizada por la extrema violencia física que desplegó sobre la sociedad civil.

## 4.2 El malestar en el encuentro clínico de diagnóstico

Frente al diagnóstico imprevisto de una enfermedad que desconocían por completo o sobre la que poseían solo referencias simbólicas vagas y, más o menos distantes, nuestros/as informantes esperaron invariablemente que los/as médicos/as con los/as que se estaba desarrollando el encuentro clínico los proveyeran de una explicación que les permitiera comenzar a comprender su padecimiento y sus posibles efectos negativos sobre su salud. Sin embargo, esas expectativas no solo no se cumplieron, sino que, como veremos, la dinámica, el contenido y los modos de comunicación que caracterizaron esos encuentros entre médicos/as y quienes estaban siendo diagnosticados/as, en la medida que generaron EM de profesionales altamente deficientes que no permitieron “organizar la enfermedad” (Jutel, 2009: 280), fueron fuente de mayor malestar para quienes debían enfrentarse a una nueva experiencia que se presentaba, al menos, como potencialmente amenazante. Es la situación diagnóstica que atravesó Patricio la que ilustra más claramente la carencia de marcos explicativos acerca de su padecimiento y el carácter profundamente asimétrico y vertical que caracterizó ese encuentro clínico:

“Uno quería saber qué tenía, pero antes [se refiere fundamentalmente a los años de la dictadura cívico-militar] nadie te explicaba qué es lo que tenías, los médicos eran muy distantes, antes era ir como con Hitler, te hacía así [hace un gesto con la mano que ilustra que el médico le indicaba que la consulta había finalizado y debía retirarse] y listo, no te explicaba nada, nada de nada”. (Patricio, 62 años)

La alegoría con Hitler ilustra *in extremis* la imposibilidad que Patricio experimentó en ese encuentro clínico de preguntar al médico cualquier aspecto vinculado al Chagas y pone blanco sobre negro que, en su caso, la experiencia del diagnóstico fue muy distante de la caracterización de “proceso relacional de disputa y compromiso” que hace Arthur Kleinman del mismo (Kleinman, citado en Jutel, 2009: 280).

Lo sucedido con Patricio ilustra que cuando el profesional de la salud no relata al paciente los aspectos clínicos (sintomatología, etc.) más relevantes de su padecimiento y, mucho menos, favorece su tranquilidad, los sentimientos negativos de este último no disminuyen, sino que tienden a

acrecentarse. En tal sentido, una de las funciones más importantes del/a médico/a es dar nombre a los problemas de salud que presentan los/as pacientes y proveer una explicación de los mismos, pero otra no menos relevante es la de tranquilizar a los/as pacientes que enfrentan un diagnóstico del que no conocen sus consecuencias sobre su salud. Para ello, el/la médico/a debe percibir los significados que los pacientes atribuyen a los diagnósticos que se les hacen y para ello debe generar la confianza que le permita al paciente comunicar esos significados (Fitzpatrick, 1990). La experiencia que atravesó Patricio se desarrolló en un sentido visiblemente contrario al señalado, hasta el punto de que es recordada por él, aún hoy, con sumo malestar.

### 4.3 Postergación del inicio del HSP de Patricio

En el caso de Patricio, como ya lo señalamos, el médico no solo no le “explicó nada”, ni tampoco, dado el verticalismo y autoritarismo que permeó el encuentro, permitió que él le preguntara cualquier aspecto acerca del diagnóstico, sino que recibió un trato estigmatizante y discriminatorio, lo cual produjo que se sintiera rechazado y vulnerable. Así lo relata: “En ese entonces medio que los médicos te agarraban idea, para no decir asco, ni ellos mismos sabían mucho, capaz sabían, pero no te querían atender, ni te querían asesorar, ni decir nada. Uno era muy vulnerable, te hacían sentir así, vulnerable” (Patricio, 62 años).

Frente a esta experiencia estigmatizadora y humillante, en la que recibió el diagnóstico positivo de una infección/enfermedad sin el apoyo de la narrativa contenida en un modelo explicativo médico profesional que le permitiera explicarla, Patricio se dio a la tarea de dotar de sentido al diagnóstico que desconocía a partir de la construcción de su propio EM, recurriendo a una analogía con un malestar ya conocido. De tal forma que:

“Nadie te explicaba qué es lo que era y lo tomé así, como que vos me decís, me resfrié, una palabra así, común y corriente. Por eso ni me mosqueé, lo único que me preguntaba era: ¿Por qué mi mamá que era más grande no lo tenía y yo que era un pichón sí? No lo podía asimilar, al contrario, yo decía: ‘ella tendría que haber sido, no yo’, pero lo dejé ahí,

puntos suspensivos. No se lo dije a nadie, tampoco tenía a quien preguntarle qué era”. (Patricio, 62 años)

Así, en el caso de Patricio, la imposibilidad de plantear demandas de explicación acerca de su diagnóstico frente al médico, sumado a las características (principalmente, una aflicción leve y aguda) dotadas por su EM frente a la infección/enfermedad desconocida, y la imposibilidad de interpelar a “consultores” (McKinlay, 1981) expertos o legos acerca de su dolencia incidieron notablemente para que se bloqueara temporalmente su HSP, que se inició recién 18 años después del día que recibió el diagnóstico. De tal forma que el diagnóstico por sí solo no fue condición suficiente para comenzar su HSP, ni, por tanto, impulsar su trayectoria de búsqueda de salud. En el transcurso de esos 18 años, Patricio sufrió otras experiencias estigmatizantes y discriminatorias vinculadas con el hecho de tener Chagas, las que reforzaron la estigmatización inicial, de tal forma que: “Después del diagnóstico en la vida tuve muchas angustias, quise entrar a una fábrica o a una línea de colectivo y rebotaba por el Chagas. Y eso me obligo, no tenía otra a trabajar en el Mercado Central. Ahí entré, nadie te decía nada y para adelante nomás, le seguí dando” (Patricio, 62 años).

Puede observarse como, en su caso, las experiencias múltiples de estigmatización y discriminación a las que se ve sometido son la expresión de la conjugación de su condición de clase, de migrante y de “enfermo”. Al respecto, cabe señalar que aún hoy, pese a su carácter predominantemente urbano, la enfermedad de Chagas se asocia en el imaginario colectivo casi exclusivamente a contextos rurales y, más específicamente, a la convivencia con el insecto vector (la vinchuca) en el marco de la casa construida de adobe (ladrillos de tierra). Como consecuencia “las personas que viven con la enfermedad de Chagas a su vez quedan marcadas como ‘pobres’, ‘campesinos’, con ‘poca educación’, personas que habitan en viviendas precarias y con una relación estrecha con los animales e insectos” (Claure *et al.*, 2021: 182).

Como ya han señalado otros estudios (Sanmartino, 2009; Sanmartino *et al.*, 2015), los estigmas sociales en contextos urbanos relacionados con el Chagas tienen como uno de sus efectos más perniciosos que las personas que están infectadas sean víctimas de discriminación laboral

y, por consiguiente, sean excluidas del mercado laboral formal, lo cual a la par que las enfrenta con el sufrimiento que ocasiona el impacto del rechazo, las empuja a refugiarse en el sector laboral informal. En este sector, los trabajadores y las trabajadoras, como en el caso de Patricio, carecen de derechos laborales y de acceso a una obra social, aunque sí tienen acceso al subsector público de salud. Las experiencias de estigmatización y discriminación que sufrió Patricio tanto en el ámbito de salud como laboral, lo impulsaron a ocultar su dolencia como “estrategia anticipatoria” (Pecheny, 2003), para evitar que se repitieran las experiencias denigrantes que soportó cuando le comunicaron el diagnóstico, como también, en las oportunidades en que los exámenes prelaborales detectaron que tenía Chagas. Ha sido tal el impacto emocional de esas experiencias que Patricio jamás le transmitió a su primera esposa que estaba infectado, e incluso, en los tiempos en que convivía con ella, desarrollaba activamente estrategias de ocultamiento, tales como disfrazar los verdaderos motivos que lo impulsaban a realizar las consultas hospitalarias y esconder los exámenes clínicos:

“Yo a veces venía al hospital y ella me preguntaba: ‘¿A qué vas tanto?’. Yo le decía que iba a otras cosas, que me dolía tal cosa o la otra, pero un día me manoteó alguno de los papeles de la carpeta y se fijó en un análisis y me dice: ‘ahí dice Chagas’. Ahí se vino a pique mi matrimonio, capaz fue por no decirle, pero no era por eso, pero no fue por eso, medio que ella lo tomó como los médicos de antes, les agarra idea, no saben nada que es esto y chau, interpretan mal, creyó que era contagioso”. (Patricio, 62 años)

Tampoco se lo transmitió nunca a ningún/a integrante de sus redes de amistad y laborales, dado que “tenía temor a que me discriminen, o se alejen, es mejor que no lo supieran. Siempre te queda ese miedo” (Patricio, 62 años).

De lo analizado hasta el momento, se desprende que no son necesariamente los síntomas los que dan inicio al HSP, sino que, recuperando el caso de Patricio, se visualiza que el diagnóstico “repentino” acontece previamente a la experiencia sintomática. Más bien, lo que hemos observado es que el momento del diagnóstico clínico es trascendental dado que en

gran parte define o moldea el proceso y las prácticas de búsqueda de salud. De tal modo que, en el caso de Patricio, el carácter traumático que asumió su experiencia diagnóstica (lo que se vio reforzado por experiencias similares desarrollados en ámbitos no médicos), el EM que construyó frente a una enfermedad que no conocía, así como la ausencia de la indicación de una posible trayectoria de atención por parte del profesional de la salud, fueron decisivas para que el HSP no se iniciara tras ese momento y se detuviera nada más y nada menos que 18 años.

#### 4.4 El tratamiento, control y seguimiento: avatares en el HSP

Si bien muchas personas inician su tratamiento frente al Chagas a causa de padecer la enfermedad, en el caso de Patricio, como el de las otras personas que hemos entrevistado en nuestro trabajo de campo, lo ha hecho por prescripción médica, pero solo en tanto portador del parásito, sin haber atravesado los síntomas<sup>11</sup>. Al respecto, cabe destacar que el tratamiento “etiológico” o antiparasitario, utilizado en quienes se encuentran infectados por el *Trypanosoma cruzi* (el parásito que causa el Chagas) pero no están enfermos dado que no manifiestan signos y síntomas clínicos, tiene por objetivo curar la infección —es importante subrayar que el tratamiento es notoriamente más efectivo cuanto antes se realice, por tanto, posee una mayor eficiencia en estadios tempranos de la fase aguda, así como en niños/as y adolescentes— y evitar que el parásito pueda invadir y lesionar órganos<sup>12</sup>.

---

11. En lo que refiere a la evolución de la enfermedad de Chagas, una vez que los tripanosomas ingresan al cuerpo, se pueden diferenciar distintas etapas. La etapa aguda, que se extiende entre 15 y 60 días luego que el *T. cruzi* entra al torrente sanguíneo, usualmente es una fase asintomática. La etapa siguiente es la denominada etapa crónica asintomática, la misma puede extenderse muchos años o incluso toda la vida. No se presentan síntomas y solamente se puede detectar el Chagas a través de un análisis de sangre. Por último, la etapa crónica sintomática, en la que se manifiesta algún cuadro clínico, entre 20 y 30 años después de haber contraído el parásito. En esta fase, el órgano más frecuentemente afectado es el corazón y, en menor medida, pueden presentarse daños en el tracto digestivo y en el sistema nervioso. Al respecto véase el enlace siguiente: <https://hablamosdechagas.org.ar/dimension-biomedica/>.

12. Las únicas drogas tripanocidas autorizadas y utilizadas en el tratamiento son el benznidazol y el nifurtimox. Se presentan en comprimidos con dosis de dos o tres tomas diarias durante 30 a 60 días. Cabe señalar que, estas drogas pueden provocar una serie de efectos adversos (digestivos, entre otros). En el caso de aquellas personas que atraviesen la fase crónica sintomática, los tratamientos dependerán de las características particulares del cuadro clínico.

Patricio inició su tratamiento sin sufrir los síntomas de la enfermedad. En su caso, ante la ausencia de un EM médico-profesional, en una primera instancia, dotó de un sentido benigno a su diagnóstico de Chagas (al que consideró un “resfrío”), y, por tanto, “ni se mosqueó”. La atención y consiguiente prescripción del tratamiento fue realizada mucho tiempo después, como producto de su consulta médica —a la cual llegó solo— al Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza<sup>13</sup> del Hospital Muñiz (en adelante, Instituto Vaccarezza), a propósito de otra aflicción que padece —asma— y, previa realización de análisis de laboratorio y estudios clínicos, la consiguiente derivación a zoopatología. Por tanto, transcurridos 18 años luego de su primer diagnóstico, Patricio vuelve a enfrentarse con el Chagas; sin embargo, en esta oportunidad encontró profesionales de la salud que sí lo proveyeron de un EM acerca de su situación clínica, y, por tanto, su interpretación y reacción frente al padecimiento fue diametralmente distinta a la de la primera ocasión. Así lo describe:

“Acá al Hospital [se refiere al Muñiz] venía por la cuestión del asma, y bueno ahí me saltó la cuestión del Chagas, porque la doctora del asma me pidió todos los análisis de vuelta, todos, esputo, el otro que te toman la presión de la respiración, que tenés que soplar una pipeta [espirometría] y andaba bien y después me pidió una nueva, hasta el HIV, todo y ahí me saltó el Chagas, en el análisis de sangre me hizo de todas las enfermedades pero ahí me salto bien clarito el Chagas, ahí empecé a tener más conciencia de la enfermedad porque las médicas y la gente de ahí comenzaron a explicarme qué tenía”. (Patricio, 62 años)

De forma tal que, a la par que Patricio tomó contacto con una nueva red médica de ayuda formal, cambió su percepción frente al Chagas y, consiguientemente, asumió activamente acciones tendientes a enfrentar y resolver su problema de salud, iniciando su HSP. Por tanto:

“Y ahí hice todos los estudios [se refiere al Instituto Vaccarezza], todo lo que me pidió ella [se refiere a la médica], pero ahí fue más curioso para

---

13. El Instituto Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza depende de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y funciona dentro del Hospital Francisco Javier Muñiz.

mí, porque me dijo, ahora te voy a derivar a cardiología a que lleves un control y después a zoopatología médica y ahí me hicieron muchos más estudios, ahí cambié muchos doctores, pero iba cuando me decían que tenía que ir porque me di cuenta que tenía un problema”. (Patricio, 62 años)

Tomar conciencia que tenía un problema de salud que debía afrontar impulsó a Patricio a efectuar el tratamiento. Pese a que su seguimiento, que se extiende usualmente entre 30 a 60 días, produce desde el inicio o en algún momento del mismo una serie de efectos adversos, malestares y, por consiguiente, sufrimientos, que es necesario tolerar y que pueden, potencialmente, en el caso de ser muy “invasivos”, impulsar a prescribir por parte del médico/a la interrupción del tratamiento. Patricio no recuerda su caso como una experiencia atravesada por molestias y dolores, sino que, en sintonía con un rasgo relevante de su HSP, se inclina por destacar en su narrativa que atravesó el tratamiento sin el acompañamiento emocional o logístico de redes legas de familiares o amistades. Ya hace más de dos décadas que “Me hicieron el tratamiento de dos meses, no tuve ningún problema, me dieron las pastillas y me acuerdo que me controlaban mucho, me hacían análisis de sangre, creo que cada semana o cada quince días, lo hice todo solo. Hago todo solo en relación al Chagas” (Patricio, 62 años).

Luego del tratamiento, nuestro entrevistado realiza anualmente en “el Muñiz” las consultas clínicas de control y seguimiento, en las que “solo tengo que hacerme los controles en cardiología y, si hay alguna novedad en cardiología, tengo que ir a zoopatología y decirles” (Patricio, 62 años).

En definitiva, Patricio efectuó su tratamiento y protagonizó gran parte de su HSP en soledad, un rasgo que definitivamente signó su experiencia de aflicción frente al Chagas hasta hace cinco años, momento en el cual ingresó al espacio colectivo de apoyo mutuo “Viviendo con Chagas”. Su participación en un entorno de pares, con personas que atraviesan su misma enfermedad, representó para él, fundamentalmente, la posibilidad de resignificar y desindividualizar su experiencia de padecimiento y, por tanto, dotar de sociabilidad su HSP.

#### 4.5 Obstáculos y facilitadores en el HSP

En lo que sigue, daré cuenta de los obstáculos y facilitadores<sup>14</sup> que coadyuvaron a definir las acciones del HSP de Patricio relacionadas con la gestión de su dolencia. Antes, es importante destacar que, si bien aquí escindimos los tipos de obstáculos con fines analíticos, en su trayectoria de búsqueda de salud se hilvanan y, potencialmente, pueden acumularse y retroalimentarse, tal como veremos a continuación.

En el momento del diagnóstico, Patricio afrontó el obstáculo simbólico que se configuró en el momento en que su relación médico-paciente se vio atravesada por prácticas de atención médica que vulnerizaron y deterioraron anímicamente su subjetividad. En tal sentido, Patricio sufrió el obstáculo en su forma más cruenta cuando fue estigmatizado y discriminado por parte del médico que le comunicó de forma despectiva y marcial su diagnóstico positivo de Chagas, lo que produjo en él la percepción de ser rechazado y el sentimiento de ser vulnerado.

Como vimos, Patricio también se topó con el obstáculo comunicacional que supuso la ausencia total de EM provisto por parte del profesional de salud que lo diagnosticó. En tal sentido, no recibió explicación alguna en el encuentro clínico de diagnóstico en torno a las consecuencias que podía acarrear su padecimiento sobre su salud, lo que, en su caso, se retroalimentó con los malestares anímicos que le ocasionó el hecho de ser discriminado y rechazado en la consulta médica.

Conjuntamente con los obstáculos señalados, nuestro informante también debió afrontar el obstáculo informacional que supone tener que iniciar su HSP en un escenario donde reina un total vacío en lo que refiere a la posibilidad de acceder a información certera que indique cuándo, cómo y dónde debía continuar sus recorridos terapéuticos. De tal modo que, cuando Patricio fue diagnosticado, no se lo proveyó de indicaciones clínicas transmitidas en forma oral, ni materiales impresos (folletos, trípticos, etc.) que les señalen cómo y dónde continuar el monitoreo biomédico de su padecimiento y, eventualmente, la necesidad de realizar sus

---

14. Cabe señalar que, aunque con modalidades diversas, los obstáculos y facilitadores aquí analizados permearon en su gran mayoría los HSP de los/as otros/as entrevistados/as.

tratamientos. La interrelación de los tres obstáculos referidos impactó negativamente en su trayectoria de búsqueda de salud dado que catapultaron, luego del encuentro clínico en que fue diagnosticado, su decisión de considerar al Chagas como un padecimiento que carecía de gravedad (“me resfrié”) y alejarse del sistema biomédico, postergando el inicio de su HSP por 18 años.

Así como el HSP protagonizado por Patricio enfrentó los obstáculos señalados, también se vio favorecido por facilitadores que lo potenciaron. En tal sentido, haber accedido gratuitamente a los recursos biomédicos necesarios que brinda el subsector público de salud para efectuar el diagnóstico, realizar el tratamiento y controlar su padecimiento, ha sido, como él mismo lo ha manifestado en las entrevistas que realizamos, un facilitador vital que posibilitó su trayectoria de búsqueda de salud. Recordemos que Patricio trabaja en el sector informal (y, por tanto, no posee obra social) y, dado su nivel de ingresos, integran los sectores socioeconómicos medios bajos. Otro facilitador que destacó nuestro informante es el esfuerzo institucional del Muñiz para coordinar el acceso a los diversos estudios clínicos que debe realizar en cada consulta médica de control y seguimiento para un mismo día. En efecto, Patricio vive a una larga distancia del nosocomio señalado, por tanto, para llegar al mismo, debe realizar un viaje que supone utilizar de forma combinada al menos dos medios de transporte público y que se extiende por más de una hora y media, por lo que poder realizar todas sus consultas en un mismo día es un factor facilitador muy relevante para sus HSP.

## 5. Conclusiones

Estas líneas finales tienen por objeto exponer las principales conclusiones que se desprenden del artículo. En tal sentido, a lo largo del mismo di cuenta del proceso a partir del cual Patricio construyó, transitó y experimentó su HSP desde el momento de la recepción de su diagnóstico, pasando por el tratamiento, hasta la realización de las consultas clínicas anuales de control y seguimiento. En ese contexto, el trabajo

muestra que su HSP no es el mero producto de su voluntad, sino que, por el contrario, se encuentra condicionado por obstáculos y facilitadores fundamentalmente de carácter sociocultural que moldean su proceso de búsqueda de salud, al tiempo que limitan sus acciones.

Asimismo, efectuar la reconstrucción del HSP de Patricio desde su propia perspectiva me permitió visibilizar que no son los síntomas los que le dieron inicio, sino que, por el contrario, el diagnóstico “imprevisto” aconteció previamente a la experiencia sintomática. A partir de allí, el momento del diagnóstico se mostró como trascendental dado que, el modo en que estese desenvolvió condicionó enormemente las acciones de búsqueda de salud de nuestro entrevistado. En efecto, lo sucedido con Patricio ilustra como una experiencia diagnóstica en la que se sintió vulnerable y rechazado producto de la acumulación, articulación y retroalimentación de un conjunto de obstáculos (simbólicos, comunicacionales e informativos), malestar que se vio reforzado cuando en el mundo laboral sufrió otras experiencias estigmatizantes y discriminatorias vinculadas con el hecho de tener Chagas, generó como correlato el hecho de que HSP no se iniciara tras ese momento y se viera suspendido por largos años. Años en los que vivió su experiencia de padecimiento en soledad.

Lentamente, la soledad dejó de signar su HSP cuando realizó una consulta médica a propósito de la otra aflicción que padece —asma— y, previa realización de análisis de laboratorio y estudios clínicos, fue derivado al área de zoopatología del Hospital Muñiz. A partir de ese momento, tomó contacto con una nueva red médica de ayuda formal (McKinlay, 1981), que cambió su percepción frente al Chagas y lo impulsó a realizar el tratamiento. Fue esa misma red médica la que lo invitó a participar en el espacio colectivo de apoyo mutuo “Viviendo”, que posibilitó que Patricio socializara tanto su experiencia de aflicción como su HSP.

Por último, quisiera destacar, junto con Patricio (pero también con el resto de los/as informantes), lo relevante que ha sido en su HSP el hecho de poder acceder gratuitamente al tratamiento antiparasitario, pues la medicación fue provista por la salud pública estatal. Esto, si bien es destacable, no debe ser óbice para continuar investigando y, sobre todo,

diseñando políticas públicas de salud y cambios institucionales que permitan, al menos, erosionar los obstáculos que dificultan el acceso a la atención biomédica de los y las integrantes de los grupos sociales subalternizados de la Argentina.

## Bibliografía

- AGUILAR, S. (2015) *Vivir con Chagas en Madrid*. Tesis de Doctorado. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- ANDERSON, J. (2000) “Narrativas de aflicción en mujeres andinas” *Allpanchis*, 11(56): 75-106.
- BELLATO, R., ARAÚJO, L. F. S. y CASTRO, P. (2008) “O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde”. En PINHEIRO, R., SILVA JUNIOR, A.G. y MATTOS, R.A. (orgs.) *Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Río de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (CEPESC). ABRASCO. 167-188.
- CHRISMAN, N. J. (1977) “The Health Seeking Process: An Approach to the Natural History of Illness” *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1(4): 351-77. doi:10.1007/BF00116243.
- CIANNAMEO, A. (2014) *La migrazione del chagas. Costruzione biomédica e socio-política delle malattie tropicali dimenticate*. Tesis de Doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- CLAURE, N., JOCKIN, C., MAROTO, I., ZAPANA BRAÑEZ, F., DE LA TORRE, L., GRESLE, A., BELTRÁN, D., PINAZO, M. J. y TORRICO, F. (2021) “El estigma social asociado a la enfermedad de Chagas” *Gac. Med. Bol.*, 44(2): 180-186.
- COMELLES, J. M. y MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, A. (1993) *Enfermedad, cultura i sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.
- FITZPATRICK, R. (1990) “Conceptos comunes de enfermedad”. En Fitzpatrick, R. (Ed.) *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica. 19-41.

- GOOD, B. J. (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- JONES, D. y ALONSO, P. (2019) “El desafío de la cronicidad. Trayectorias terapéuticas y adherencia de personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral”. En Meccia E. (ed.) *Biografías y sociedad. Métodos y perspectivas*. Santa Fe: Ediciones UNL. 161-183.
- JUTEL, J. (2009) “Sociology of diagnosis: a preliminary review” *Sociology of Health & Illness*, 31(2): 278-299. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. (1988) *The illness narratives. Suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books.
- LAURELL, A. C. (1982) “La Salud-Enfermedad como proceso social” *Cuadernos Médicos Sociales*, 19: 1-11.
- LAVAL, E. (2012) “Anotaciones históricas sobre el Hospital de Enfermedades Infecciosas Francisco Javier Muñiz de Buenos Aires, Argentina” *Rev Chilena Infectol*, 29 (4): 468-472.
- MARTÍNEZ HERNÁNDEZ, Á. (2008) *Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Editorial Anthropos.
- McKINLAY, J. (1981) “Social Network Influences on Morbid Episodes and the Career of Help Seeking”. En EISENBERG, L. y KLEINMAN, A. (eds) *The relevance of social science for medicine*. Washington: Reidel Publishing. 77-107.
- MUELA, J. (1997) *Malaria en Lipangalala. Pluralismo médico y procesos asistenciales para malaria infantil en una comunidad africana*. Tesis de Doctorado. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- OBRIEST, B., ITEBA N., LENGELER, C., MAKEMBA, A., MSHANA, C., NATHAN, R. et al. (2007) “Access to Health Care in Contexts of Livelihood Insecurity: A Framework for Analysis and Action” *PLoS Med*, 4(10): 1584-1588.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). (2023) *Enfermedad de Chagas*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedad-chagas> [Consultado: 30 de octubre de 2023].

- PECHENY, M. (2003) "Identidades discretas". En ARFUCH, L. (coord.) *Identidades, sujetos y subjetividades: narrativas de la diferencia*. Buenos Aires: Prometeo. 131-154.
- PÉREZ CAMARGO, G. (2020) 'La enfermedad que mata en veinte años.' *Una etnografía sobre los aspectos socio-culturales acerca de la prevención, diagnóstico y tratamiento biomédico a personas afectadas por la enfermedad de Chagas en la localidad de Emiliano Zapata, municipio de Oxcutzcab en Yucatán*. Tesis de maestría. Ciudad de México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).
- SANMARTINO, M. (2009) "'Tener Chagas' en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de La Plata (Argentina)" *Rev. Biomed*, 3(20): 216-227.
- SANMARTINO, M., AVARIA SAAVEDRA, A., GÓMEZ I PRAT, J., PARADA BARBA, M. y ALBAJAR-VIÑAS, P. (2015) "Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas" *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55): 1063-1075.
- SANMARTINO, M. y CARRILLO, C. (2018) "La(s) ciencia(s) y la problemática del Chagas: reflexiones sobre un camino de más de cien años". En ORTÚZAR, G. (ed.) *Ética, ciencia y política. Hacia un paradigma ético integral en investigación*. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). 465-476.
- SCHMUNIS, G. A. y YADON, Z. E. (2010) "Chagas disease: a Latin American health problem becoming a world health problem" *Acta Trop.*, 115(2): 14-21.
- SUÁREZ, A.L. (2019) *El pájaro está en el nido. Cocaína, cultura y salud. Una etnografía del consumo de cocaína en Reus*. Tarragona: Publicaciones URV.
- VENTURA-GARCIA, L. (2018) *Mal de Chagas. Una etnografía corporeïtzada sobre el Risc Latent*. Tesis de Doctorado. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- VENTURA-GARCIA, L. (2022) "'Tú me dirás: yo, ¿de cuáles soy?': la práctica clínica del Chagas como riesgo latente" *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(3): 871-879.

- VENTURA-GARCIA, L., MUELA-RIBERA, J. y MARTÍNEZ-HERNÁEZ À. (2020) "Chagas, Risk and Health Seeking among Bolivian Women in Catalonia" *Medical Anthropology*, 8(9): 1-16. doi: 10.1080/01459740.2020.1718125.
- VENTURA-GARCÍA, L., ROURA, M., PELL, C., POSADA, E., GASCÓN, J., ALDASORO, E., MUÑOZ, J. y POOL, R. (2013) "Socio-Cultural Aspects of Chagas Disease: A Systematic Review of Qualitative Research" *PLoS Negl Trop Dis*, 7(9): 2410-2420.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2017) *Fourth WHO Report on neglected Tropical Diseases: Integrating neglected tropical diseases into global health and development*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255011> [Consultado: 7 de marzo de 2021].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (2021) *Chagas disease (also known as American trypanosomiasis)* [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis)) [Consulta: 23 de marzo de 2021].
- YOUNG, A. (1982) "The anthropologies of illness and sickness" *Ann. Rev Anthropol*, 5(11): 257-285.

### Páginas web consultadas

<https://www.mercadocentral.gob.ar/paginas/qué-es-el-mercado-central>  
<https://hablamosdechagas.org.ar/dimension-biomedica>