



Repositorio Digital Institucional
“José María Rosa”



Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Claudia P. López

La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén desde una perspectiva histórica

Tesis presentada para la obtención del título de Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de la tesis

Enrique Hugo Masés

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional “José María Rosa” de la Biblioteca “Rodolfo Puiggrós” de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository “José María Rosa” of the Library “Rodolfo Puiggrós” of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

López, Claudia P. (2010). La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén desde una perspectiva histórica [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en:

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Lopez_P_Hidatosis_2010.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

Título de la tesis: La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén desde una perspectiva histórica.

Maestranda 8º cohorte: Claudia P. López

Director de tesis: Dr. Enrique Masés

Fecha de entrega: 30 de setiembre de 2010



Universidad Nacional de Lanús

En la Universidad Nacional de Lanús, siendo las 9 horas del día 23 de julio de 2010, comparece Claudia Patricia López, alumna de la Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud, ante el jurado designado por la Dra. Ana Jaramillo, Rectora de la Universidad Nacional de Lanús, que entiende en la Defensa de la Tesis de Maestría denominada: “La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia de Neuquén: una perspectiva histórico-epidemiológica”.

El jurado se encuentra integrado por los Profesores:

Dr. Ricardo Gürtler

Dra. María Laura Recoder

Dr. Marcio Alazraqui

De acuerdo a lo convenido por el jurado se evalúan a continuación los siguientes aspectos de la tesis presentada:

La tesis presentada por la candidata Claudia Patricia López cumple acabadamente con los requisitos fijados por los reglamentos correspondientes.

El tema de la tesis es relevante ya que se trataría de una enfermedad reemergente en la provincia de Neuquén. El enfoque metodológico incluye metodologías cualitativas y cuantitativas utilizadas apropiadamente. La alumna ha realizado un extenso trabajo de obtención de datos primarios y secundarios, con un trabajo de campo de gran despliegue. Valoramos positivamente la magnitud y rigurosidad de ese trabajo. La metodología es coherente e indicada en relación con el problema de estudio y los objetivos propuestos.

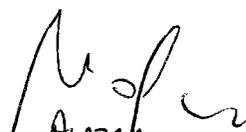
Se destaca el desarrollo histórico de los programas de hidatidosis durante el período 1970-2005, así como un amplio conocimiento del terreno, de la enfermedad y de las respuestas a la misma por parte del Estado.

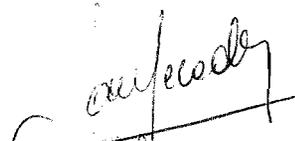
En la presentación oral, la maestranda ha demostrado solvencia, manejo de la bibliografía y del problema de estudio, mostrando partes del argumento de tesis.

Señalamos que debido a la magnitud del objeto de estudio propuesto algunos aspectos del trabajo carecen de la profundidad adecuada. Tanto en el abordaje cualitativo como en el cuantitativo se observa un desequilibrio en la cantidad de material producido y la calidad del análisis presentado.

Respecto al despliegue del análisis cualitativo encontramos puntos frágiles en los argumentos, usos ambiguos de las categorías y presentación de resultados generalizados que no se desprenden del desarrollo del análisis.

Firmas de los Jurados:


ALAZRAQUI


RECODER


GÜRTLER



Universidad Nacional de Lanús

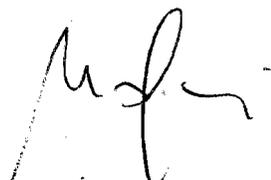
La información epidemiológica es bien presentada aunque falta su integración con algunos aspectos señalados por la investigadora; por ejemplo una explicación más detallada de la relación entre las tasas de hidatidosis en descenso en el periodo estudiado y el desmantelamiento del programa. Falta destacar las limitaciones de la utilización de tasas en poblaciones pequeñas.

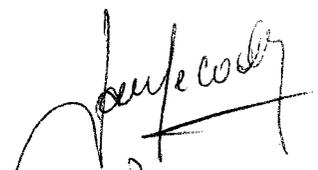
Asimismo, se recomienda que se incorporen al texto de la tesis, algunas de las observaciones realizadas por este tribunal tanto en los dictámenes como en la instancia de defensa pública, siendo necesaria en la versión final la revisión de aspectos formales (referencias bibliográficas, incorporación del tamaño de las poblaciones utilizadas).

El jurado acepta el cambio de título de la tesis propuesto por la autora a: “La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia de Neuquén: una perspectiva histórico”

El trabajo desarrollado es digno de mención por su relevancia y su esfuerzo al intentar vincular las distintas dimensiones del proceso salud, enfermedad, atención, en sus diferentes niveles.

Proponemos por unanimidad la calificación de 8: (Muy bueno) puntos.


ALAZRAQUI


RECOsier


GÖRTLER

Firmas de los Jurados:

Índice temático

Índice temático	1
Agradecimientos.....	3
Abreviaturas	4
Resumen:	5
Palabras claves	5
Summary	6
Key Word: Hydatidosis, Echinococcosis, Epidemiology; History.....	6
Introducción:	7
La hidatidosis y Equinococosis quística	12
Generalidades de la enfermedad.....	12
Antecedentes de las políticas sanitarias de control	14
Problemas actuales relacionados a la Hidatidosis en Neuquén	15
Marco teórico: Historiografía e Historia social	17
Aspectos teóricos a considerar en Historia social de los procesos de salud enfermedad:	17
Categorías analíticas y marco de referencia para identificar los cambios del movimiento social desde la historia del programa	19
Metodología: encuentro entre la teoría y los hechos.....	26
La historia social y la historia oral.....	26
Análisis cualitativo	29
Análisis cuantitativo	38
Ventajas del diseño elegido.....	40
Limitaciones del diseño elegido	40
Capítulo 1: El mundo geográfico y mundo social ganadero	42
Introducción	42
La provincia y su heterogeneidad territorial	42
Prácticas productivas ganaderas y grupos sociales.....	45
Crianceros campesinos, trashumantes y sedentarios, sus testimonios	49
Conclusiones.....	66
Capítulo 2: La antesala del Programa	68
Introducción	68
Contextos, ideología y lógica sanitaria dominante entre los años treinta a los sesenta.	68
La hidatidosis comienza a aparecer en la escena política argentina	69
La provincialización.....	71
La situación sanitaria provincial.....	73
La hidatidosis como una de las prioridades a trabajar.....	75
Conclusiones.....	78
Capítulo 3: Primer etapa del Programa (1970-1985)	80
Introducción	80
Contexto, lógicas sanitarias e historia del Programa de Lucha y Control de la Hidatidosis en Neuquén	80
Otros testimonios correspondientes a la primera etapa del programa	93
Evolución de la enfermedad durante la primera etapa del Programa.....	96
Los primeros quince años del Plan de Salud	97
Conclusiones.....	100
Capítulo 4: Segundo periodo del Programa (1985- 1994)	104
Introducción	104

Contexto general	104
Contexto país.....	105
Contexto provincial y sus repercusiones en las políticas de salud	106
Descentralización, ajuste y reforma. Repercusiones en el Programa de Hidatidosis en la provincia	109
Evolución de la enfermedad durante el segundo periodo del programa	116
Conclusiones.....	119
Capítulo 5: Tercera etapa del Programa (1995-2005).....	122
Introducción	122
Contexto general	122
Contexto Provincial.....	124
Repercusiones en el programa de hidatidosis del periodo de políticas neoliberales tardías	128
Evolución de la hidatidosis durante la tercera etapa del Programa y su comparación con las etapas previas.....	134
Conclusiones.....	139
Capítulo 6: La hidatidosis desde la mirada de los actores sociales en la actualidad	142
Introducción	142
Breve descripción de los lugares visitados durante el trabajo de campo.....	142
Hospitales locales	148
Agentes sanitarios y promotores comunitarios.....	151
Otras Instituciones y sus actores sociales	157
Desde la mirada de los productores ganaderos.....	159
Vivencias relacionadas con la enfermedad	163
Conclusiones.....	165
Capítulo 7: Conclusiones finales	167
Bibliografía	175
Bibliografía Consultada.....	175
Fuentes primarias documentales	181
Fuentes primarias no documentales	183
Material de consulta sobre tesis.....	183
Índice de gráficos, mapas y tablas	184
Índice de figuras	185
Anexo	187
Asentimiento Informado	188
Consentimiento Informado.....	189
Información A Los Entrevistados E Informantes.....	190
Tabla de resumen sobre entrevistas efectuadas a productores pecuarios	192
Fuentes de datos de gráficos, mapas y tablas	194

Agradecimientos:

Mucha gente ha compartido el desarrollo de este trabajo y la posibilidad de su concreción. A todos ellos, les debo su capacidad de acompañamiento, de escucha y sus oportunos consejos.

Es a ellos y ellas a quienes les dedico gran parte de este trabajo.

A mi Director de tesis y Asesores: Enrique Masés; Ana Laura Martín; Diego Armus; Mónica Bendini; Mónica Oppezzi; Cecilia Dufilho, Luis Tiscornia, Carlos Guevel, Marcio Alazraqui, miembros de la Comisión Asesora en Investigación en seres Humanos (SSS), Andrea Macías, Marcela Fontana, Gabriel Rafart.

Al grupo de viajes y grandes colaboradores: Irene Roccia, Juan Giménez Marcelo Infante, Gabriel Scodelari; Claudio Brusoni, Maximiliano Korin, Cristina Santa Coloma, Adriana Feltri, Fabián Gancedo, Ignacio Canevari, Adrian Cattaneo.

A las Autoridades que facilitaron el trabajo de campo: Claudio, Ferrón, Alejandro Vottero; Carlos Menestrina; Carlos Ventura; Malcom Elder; Jefes/as de Zonas Sanitarias y Directores/as de Hospitales; Consejo Provincial de Educación, Subsecretaría de Producción; Parques nacionales.

A la inestimable colaboración de compañeros de los Equipos de Salud que en medio de protestas y paros supieron brindarme su atención y tiempo: de Zona Sanitaria II, III, IV y V; los Hospitales de Alumine, Junín de los Andes, Chos Malal, Andacollo, Piedra del Águila, Loncopue, El Huecu y Área Programa del Hospital Zapala.

A quienes prestaron su tiempo y experiencia: Carmelo Saavedra, Juan Giménez, Omar de Zavaleta, Enrique Zabert, Andrés Kaczorkiewicz, Claudio Brusoni, Marcelo Infante, Gabriel Scodelari, Mario Díaz.

A las comunidades de Pilo Lil, Chiquilhuin, Piedra Pintada, Zaina Yegua, Paso Yuncon, Piedra Pintada, Sañico, Santo Tomás, Las Cortaderas, Ruca Choroí, Lonco Luan, Chorriaca, Los Miches, Ramón Castro ; Gelayco; Wiñoy Folil, Santo Domingo, Millapi, Redico, Huncal, Carri Lil.

A las estancias de Pilo Lil, de Junín de los Andes, Loncopue, Piedra del Águila.

Médicos/as veterinarios/as de las localidades de Piedra del Águila, Alumine, Zapala y Junín de los Andes.

A maestros/as y directivos de escuelas de Paso Yuncon, Zaina Yegua, Loncoluan.

A los choferes y compañeros de andanzas

A docentes y compañeros de maestría.

Al Jurado, María Laura Recoder y Marcio Alazraqui

A todos los amigos y amigas que tuvieron paciencia y contribuyeron con su acompañamiento y confianza.

A Miriam Giani por sus aportes y correcciones.

Y especialmente a mis hijas e hijo: Luciana, Natalia, Sebastian y Agostina que supieron saber esperar, tolerarme y brindarme optimismo y apoyo.

Abreviaturas:

APS Atención Primaria de la Salud
CENDES Centro de Estudios del Desarrollo
CEPANZO Centro Panamericano de Zoonosis
DPEYC Dirección Provincial de Estadísticas y Censos
G.E.Hi.So Grupo de Estudios Historia Social
GESA Grupo de Estudios Sociales Agrarios
INDEC Instituto nacional de Estadística y Censos
INPAZZ Instituto panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis
INTA Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria
m.s.n.m metros sobre el nivel del mar
NQN Neuquén.
PBG Producto Bruto Geográfico
PBGP Producto Bruto Geográfico Procentual
OMS Organización Mundial de la Salud
OPS Organización Panamericana de la Salud
PANAFTOSA Centro Panamericano de Fiebre Aftosa
PZQ Praziquantel
SENASA Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria
SINAVE Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica
SNVS Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SSS Subsecretaría de Salud
UNC Universidad Nacional del Comahue

Resumen:

Este trabajo de tesis intenta contribuir a desarrollar la historia social de un problema de salud como lo es la hidatidosis, dentro de la provincia del Neuquén, entre los años 1970 a 2005, para contar con marcos explicativos más integradores que ayuden a pensar propuestas sanitarias acordes a la evolución desfavorable de esta zoonosis durante los últimos 20 años.

Neuquén ha sido una de las provincias pioneras en Argentina en desarrollar un Programa Integral de Prevención y Control de Hidatidosis a partir de 1970, ejemplo dentro del país y en el exterior. A pesar de esto, dicha parasitosis no solo se mantiene sino que se expande en la provincia. Esta evolución no fue visible desde los abordajes científicos predominantemente biológicos, utilizados para su estudio, los cuales han dejando en segundo plano los contextos político productivo, sanitario, sociocultural, como aspectos fundamentales a abordar.

El reconstruir la historia social de esta zoonosis requirió partir de: 1) describir la heterogeneidad territorial, los contextos sociopolíticos y productivos y evolución de la enfermedad; 2) reconstruir la historia del Programa de "Lucha y control de la hidatidosis", identificando lógicas, continuidades, cambios y rupturas a través de escritos oficiales y testimonios orales; y de 3) incorporar la mirada de los actores sociales correspondientes a grupos productivos ganaderos.

Para ello se utilizó un abordaje cualitativo cuyas fuentes primarias fueron documentales y no documentales, siendo la unidad de análisis cada uno de los testimonios. Para las entrevistas orales relacionadas a la historia del Programa, se consideraron el total de los directores/as del mismo y para las entrevistas destinadas a productores pecuarios se hizo un muestreo no probabilístico, intencional por cuotas y por conglomerados para resguardar la representatividad de las tipologías sociales utilizadas en la investigación. Desde los resguardos éticos se dio cumplimiento al proceso de consentimiento y asentimiento informado requerido en la provincia.

Del análisis de los objetivos surgen las principales conclusiones: 1) a una provincia con diversidad geográfica, cultural y productiva se agrega el proceso político económicos e institucionales de un Estado Benefactor a un Estado neoliberal, ausente, con desfinanciación progresiva del Subsector Público de Salud, entre otros; 2) el Programa de Control y Lucha de la Hidatidosis, presentó continuidad y éxito sostenido en los primeros 15 años de funcionamiento, lo cual parece corresponderse con las características de las políticas de salud de aquella época (programas verticales, muy centralizados), con fuerte apoyo político, intersectorial e importantes recursos; 3) A medida que se fueron sucediendo las crisis políticas, económicas y sociales, los cambios en la gestión y en las lógicas sanitarias han llevado a la adaptación de estrategias locales muy disímiles y aisladas, permitiendo sostener mínimas condiciones de trabajo en terreno pero en un constante proceso de descontextualización.

Todo parece indicar que se está ante la reemergencia de esta zoonosis no solo en a la población rural ganadera de menores recursos sino también a núcleos urbanos. Esta realidad parece requerir rápidas redefiniciones sobre el trabajo comunitario, intersectorial y específicamente desde la definición de políticas sanitarias enmarcadas en generar situaciones de menor inequidad.

Palabras claves:

Hidatidosis, Equinocosis; Epidemiología; Historia

Summary

This thesis intends to make a contribution to the development of the social history of a health problem such as Echinococcosis in the province of Neuquén, between 1970 and 2005, to be able to rely on more integrated explanatory frameworks that will help to think out health proposals appropriate to the unfavourable evolution of this zoonosis during the last 20 years.

Neuquén has been one of the pioneering provinces in Argentina to develop a comprehensive Programme of Control and Prevention of Echinococcosis since 1970, taken as an example within the country and abroad. In spite of this, this parasitosis not only has maintained its presence but also expands within the province. This evolving situation has not been visible from the predominant biological scientific approach, used for investigation, as the political, productive, health and socio-cultural contexts have been left at a lower level, being however fundamental aspects for a comprehensive approach.

For the reconstruction of the social history of this zoonosis it has been necessary to begin with: 1) a description of the territorial heterogeneity, the socio-political and productive contexts, and the progress of the disease; 2) reconstruct the history of the "Echinococcosis Control Programme", identifying its logical basis, continuity, changes and break offs existent in official documents and oral testimony; and 3) include the viewpoints of the cattle production groups, as social actors.

A qualitative approach was used with this aim, and the primary sources were documental and non-documental, and each testimony was considered as an analysis unit. For the oral interviews related to the history of the Programme, all the Heads of the latter were included, and for the interviews of the cattle-raisers a non probabilistic sample was chosen, by intentional quotas and conglomerates, to allow for representativeness of the social characteristics used for the investigation. As for ethical constraints due course was given to informed consent and assent.

From the analysis of the objectives the following were the main conclusions: 1) a province with geographical, cultural and productive diversity has undergone a political, economical and institutional process of a Welfare State towards an absent neo-liberal State with progressively less funding of the Public Health Sector; 2) the "Echinococcosis Control Programme" was successful and had continuity during the first fifteen years of existence, which seems to correspond with the characteristics of the health policy underway during those years (vertical and very centralized programmes), with strong political and intersectorial support, and important resources; 3) as political, economical and social crisis evolved, the changes in management and health concepts have led to an adaptation of local strategies different and isolated one from another, allowing for minimal working conditions on the field but with a constant process of context loss.

Everything seems to indicate a re-emergence of this zoonosis not only in cattle-raising rural population with fewer resources, but also in urban centres. This situation seems to require new and rapid definitions on community and intersectorial work, and specifically on health policy definitions with a framework leading to situations of less inequity.

Key Word: Hydatidosis, Echinococcosis, Epidemiology; History.

La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia de Neuquén desde una perspectiva histórica

Introducción:

Este trabajo de tesis propone abordar una enfermedad zoonótica, la Hidatidosis en la provincia del Neuquén durante el periodo 1970-2005 desde una perspectiva histórica, incorporando en su desarrollo aspectos epidemiológicos, socio productivos y político sanitarios.

La motivación surgió ante la persistencia de la enfermedad en la provincia, a pesar de contar con un programa sanitario específico y en funcionamiento por más de treinta años. El contextualizar la información condujo a considerar como parte del análisis los cambios ocurridos, en ese lapso, en metodologías de diagnóstico y tratamiento como también en los recursos, las instituciones y el contexto político económico.

Desde los primeros casos detectados, esta parasitosis ha afectado principalmente a grupos poblacionales pecuarios que tienen prácticas pastoriles. Pero en el último lustro la detección de la enfermedad y el ciclo parasitario se comienza a incrementar en poblaciones y espacios urbanos poniendo en evidencia la evolución desfavorable de la enfermedad y las limitaciones de las medidas de prevención y control hasta ahora llevadas a cabo.

A partir de lo expuesto es que surgieron las siguientes preguntas:

- 1) ¿qué condiciones permitieron visualizar la hidatidosis como problema de salud?
- 2) ¿qué políticas de salud específicas se desencadenaron desde entonces?
- 3) ¿cómo se explica su persistencia?
- 4) La evolución de esta parasitosis ¿estuvo solo condicionada a las particularidades socioculturales y productivas de los pobladores rurales, ó también ejercieron su influencia los cambios en las lógicas sanitarias y definiciones político económicas provinciales?

Intentar dar respuesta a estas preguntas tuvo como objetivo propiciar la reflexión sobre la compleja dinámica que acompaña el surgimiento y la evolución de ciertas enfermedades cuando se convierten en políticas sanitarias.

El propósito que se buscó fue contribuir a ampliar la mirada al pensar las propuestas sanitarias relacionadas a la hidatidosis humana en la provincia a través de la incorporación de marcos explicativos más integradores.

Para tal fin, el análisis se centró en la historia del Programa de Hidatidosis, considerado como expresión de políticas en salud. Dicho programa estuvo dirigido al control y prevención de esta enfermedad, estrechamente vinculada a ámbitos rurales, pastoriles.

A pesar de la relación de esta parasitosis con una actividad productiva que se sostiene a través de pautas socioculturales muy arraigadas, la mayoría de los abordajes científicos relacionados a su estudio estuvieron basados en enfoques biólogos: ciclo del parásito, sus características genéticas e inmunológicas.

Consecuentemente, la mayoría de las políticas sanitarias desarrolladas se implementaron desde esta lógica a través de los programas específicos de prevención y control en el mundo (Tunes 2009), en Latinoamérica (Aliaga, Oberg 2000; Schenone y col. 1999; Yarzabal 2004; Calero y col. 2003) y particularmente

en Argentina (González col. 1998; Lamberti y col 1999; Larrie y col. 2004; Guarnera y col.1993).

Desde estas miradas, poco se mencionan los contextos sanitarios, socioculturales y las particularidades de los grupos humanos expuestos como aspecto clave a abordar.

En la provincia de Neuquén, la hidatidosis era conocida desde la década de 1940, pero eso no fue suficiente para convertirla en una prioridad sanitaria. Para que eso ocurriera, tuvieron que combinarse una serie de factores político-productivos, científicos y sociales que le brindaron un lugar privilegiado en la historia de la Salud Pública de Neuquén. (Soria, 1968)

Desde entonces se han sucedido procesos de urbanización (Masés, 2000), descampesinización¹ (Bendini 1993) y diferentes racionalidades económicas y político sanitarias a lo largo del periodo de estudio que influyeron en la forma de entender e intervenir sobre el control y prevención de este problema de salud.

Para recuperar esa historia, el abordaje elegido fue el de la historia social, dado que permite rescatar las vivencias y testimonios de sus actores, buscando comprender y explicar teórica y empíricamente la complejidad de la dinámica social a través de sus relaciones como procesos históricos.

El trabajo se basó en el análisis de fuentes escritas documentales primarias y secundarias como documentos oficiales y consulta bibliográfica; y en testimonios orales.

En relación a éstos últimos, su producción y uso estuvieron basados en el campo teórico y metodológico de la historia oral. La intención de buscar estos testimonios, fue comprender e interpretar de modo más acabado, aspectos individuales y colectivos que hacen al comportamiento social de esta enfermedad.

Así se accedió a las experiencias personales y/o grupales que en general no han sido documentadas, tanto desde los actores representante de las políticas dominantes como de aquellos que están fuera del circuito de poder.

Si bien se trata de una investigación predominantemente cualitativa, se complementó, para su contrastación empírica, con metodología cuantitativa en lo referido al análisis epidemiológico de la enfermedad.

Las categorías analíticas, operacionales y el marco de referencia para identificar los cambios del movimiento social desde la historia del Programa estuvieron relacionadas con el rol del Estado respecto a las políticas socioeconómicas y a las principales concepciones sanitarias y epidemiológicas.

Estos cambios permitieron identificar tres etapas del Programa en el periodo estudiado que, en cierta forma, se correspondieron con políticas desarrollistas, neoliberales reformistas y neoliberales post reformistas.

El proceso de trabajo implicó reconstruir la historia social de la hidatidosis en la provincia, a partir de los siguientes objetivos específicos:

¹ Descampesinización: Proceso de desaparición de las unidades sociales campesinas ganaderas (familia de crianceros) y su transformación hacia la precarización de sujetos sociales asalariados dependientes o hacia la capitalización como productores ganaderos de características empresariales.

- Describir la heterogeneidad territorial, los contextos sociopolíticos generales y las características de población rural ganadera.
- Reconstruir la historia del programa de prevención y control de la hidatidosis, identificando lógicas, continuidades y rupturas, incorporando los contextos sociopolíticos generales.
- Conocer la percepción actual sobre la hidatidosis y las actividades del programa en la población rural ganadera y otros actores a cargo de implementar dichas actividades.
- Realizar una síntesis integral del periodo estudiado y presentar las conclusiones finales

La organización del texto se realizó por capítulos, buscando integrar el desarrollo de los objetivos específicos expuestos:

El *primer capítulo*, presenta el mundo geográfico y social ganadero de la provincia. En él se desarrollaron aspectos de la vida cotidiana de los pobladores, la diversidad geográfica en la que se desenvuelven y las características productivas que permiten diferenciar grupos sociales en los cuales los riesgos de enfermar no son iguales.

Para ilustrar esta heterogeneidad se describieron las distintas áreas geográficas basadas en la información del Programa Social Agropecuario (2002), y los diferentes grupos sociales que conforman el conjunto de productores pecuarios, desde una tipología desarrollada por Mónica Bendini (1993, 2004). Esto se acompañó de los testimonios orales, desde los cuales se trató de representar cada grupo social mostrando sus diferencias vivenciales y productivas las cuales forman parte de la génesis de inequidades y riesgos de enfermar diferenciales.

Estas desigualdades entre grupos sociales, lleva a considerar que los problemas cotidianos, las perspectivas, limitaciones y posibilidades sean diferentes, no solo entre los grupos sino también con las instituciones que se encuentran involucradas en los procesos de salud enfermedad atención.

El *segundo capítulo*, denominado la *Antesala del Programa*, tiene como finalidad presentar algunos hechos históricos que se consideraron relevantes para comprender en qué momento y cómo la hidatidosis comenzó a surgir como problema de salud rural a incorporar en la agenda sanitaria provincial.

Su descripción y análisis se hizo en base a testimonios escritos, algunos no oficiales, y relatos de actores sociales cuyas vivencias corresponden al clima político sanitario de los años sesenta en la provincia de Neuquén.

La confluencia de conocimientos científicos, su desarrollo académico, la ruralidad, la realidad epidemiológica y social, las políticas productivas ganaderas y los desafíos económicos que se debían enfrentar, hicieron posible la visualización de la hidatidosis.

El contexto de ese entonces era el de una provincia pobre con incipiente desarrollo energético e hidrocarbúrico que contaba con un gobierno decidido a implementar políticas propias de los Estados de Bienestar. Las inversiones permitían tener capacidad suficiente de generar obras públicas de envergadura y desplegar un aparato estatal poderoso. La salud apareció como derecho y bien social y se

propulsó el desarrollo de los servicios de salud como parte de un sistema de protección social.

En el *tercer capítulo*, Primera etapa del Programa (1970-1985), se presenta el inicio y los primeros quince años del programa de hidatidosis en la provincia. Para su desarrollo se analizaron los documentos oficiales y los testimonios de quienes participaron de manera directa para dar cuenta de su estructura y contenidos, aciertos y dificultades

Este primer programa, puso a Neuquén como una de las provincias argentinas pioneras en Las Américas, en desarrollar un Programa Integral de Prevención y Control de Hidatidosis que fue un ejemplo en el país y en el exterior.

Esto fue posible por varios motivos: 1) la endemicidad hidatídica en la provincia, 2) la priorización como problema de Salud desde las autoridades de Salud Pública, 3) su inclusión dentro de las políticas de salud en la agenda del gobierno, 4) la decisión política de generar y desarrollar un sistema de salud pública de bases sólidas, y 5) la inversión presupuestaria necesaria en obras y servicios públicos.

Todo esto enmarcado en un contexto provincial en el cual los cambios productivos y las políticas desarrollistas llevaron a un fuerte incremento demográfico y desarrollo económico con importantes inversiones en salud, educación y vivienda.

Este entramado político institucional estatal, facilitó la continuidad del programa, el cual contó con recurso humano formado, estable, que favoreció un fuerte proceso de apropiación intelectual y operativa vinculada al trabajo en terreno. El nivel de conducción centralizado y normativo homogeneizó dichas actividades lo cual posibilitó tareas de supervisión, control y cumplimiento de metas.

Desde sus inicios el programa, tuvo un enfoque biólogo con intervenciones enmarcadas en el paradigma epidemiológico de riesgo. Su estructura, contenidos, lineamientos y ejecución operativa, fueron la base de todas las propuestas que le sucedieron.

El *cuarto capítulo*, Segundo periodo del Programa (1985 - 1994), trata de la primera ruptura o discontinuidad del mismo en un contexto conflictivo y contradictorio en el cual se implementó la reforma económica y sanitaria y el ajuste del estado provincial.

La discontinuidad comenzó a darse ante la incompatibilidad ideológica y política entre un programa centralizado a nivel técnico y gerencial enmarcado en las políticas de Estado de Bienestar, con los lineamientos sanitarios en boga, de descentralización y fortalecimiento local en medio de políticas económicas neoliberales.

Esta etapa estuvo signada por fuertes contradicciones entre el discurso sanitario internacional, abocado a generar estrategias para disminuir la inequidad en salud, y las políticas económicas neoliberales que aumentaban la desigualdad. Dichas contradicciones se fueron cristalizando en políticas sociales selectivas y descentralizadas en medio de fuertes recortes en los gastos estatales e importante decremento de recursos financieros, dando comienzo a una intensa polarización social y sanitaria.

Entre las consecuencias sufridas, se produjo un desmantelamiento de los programas destinados al control de enfermedades, como la hidatidosis, con la consecuente reducción de la eficacia de las medidas epidemiológicas puntuales.

Para su desarrollo se analizaron documentos oficiales y testimonios orales de actores sociales relacionados con la ejecución y propuestas del Programa.

La Tercera etapa del Programa (1995-2005), se desarrolla en el *quinto capítulo* y su periodización tiene que ver con la identificación de una nueva discontinuidad producida ante el desmantelamiento progresivo sufrido en la etapa anterior y que a partir de mediados de la década de los noventa llega a su máxima expresión, profundizando su inmovilidad.

Esta tercera etapa, fue la de mayor fragmentación y desarticulación observada durante el periodo estudiado. Las actividades quedaron prácticamente reducidas a la desparasitación canina contando con severas limitaciones desde los recursos financieros, humanos y de movilidad que hasta la actualidad no lograron ser recuperados.

Desde el análisis epidemiológico sobre la evolución de la hidatidosis en la provincia, se evidenció a partir de esta etapa un descenso, posiblemente en parte por el impacto de la desparasitación canina masiva, pero también hubo deterioro en la calidad y cantidad de la información.

De todas maneras la enfermedad persiste en todo el territorio, estando en mayor riesgo población rural de algunos departamentos donde la producción ovina y caprina se sostiene con formas de pastoreo similares a la de los inicios del programa. Como indicadores desfavorables surgen evidencias de equinocosis en localidades urbanas y aparición de hidatidosis humana en menores de 10 años sin antecedentes de mascotas caninas ni de exposición rural.

El *sexto capítulo*, expone la situación actual relacionada a la hidatidosis desde la mirada de los actores sociales en los niveles locales: equipos de salud, veterinarios, docentes, personal municipal a cargo de la desparasitación canina y productores pecuarios.

El objetivo es acercar las vivencias de dichos actores sociales sobre la enfermedad, las medidas de prevención y control que están en vigencia en áreas seleccionadas en base a la endemidad y la historia del programa.

Para su desarrollo se comenzó con una breve descripción de los lugares en donde se realizaron las entrevistas y luego se expusieron los testimonios según grupos de actores sociales involucrados en las mismas.

Desde estas vivencias se puso de manifiesto, el deterioro en la conducción y ejecución del programa. Esto ha llevado a maneras dispares de encarar las medidas de prevención y control. Algunos lugares han detenido o abandonado las actividades, otros han emprendido estrategias adaptadas a sus posibilidades, incluyendo el trabajo interinstitucional.

La información obtenida a nivel provincial refleja esta situación, siendo parcial y dispar en los criterios de notificación, haciendo que la misma pierda validez y confiabilidad.

Finalmente en el capítulo séptimo se realizan las conclusiones finales de esta investigación en la cual se han intentado integrar momentos históricos concretos

donde se produce el ensamble entre la vida sociopolítica, las instituciones, el reconocimiento de la hidatidosis como problema de salud y las prácticas productivas.

Se considera necesario aclarar que debido al enfoque abarcativo de este trabajo, requerirá ser complementado a futuro con otros estudios de mayor profundidad sobre aspectos socioculturales y sociopolíticos institucionales.

La hidatidosis y Equinococosis quística

Generalidades de la enfermedad:

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria prevenible y potencialmente erradicable que afecta, en particular, a poblaciones rurales dedicadas a la cría y faena de ganado. Esta parasitosis presenta consecuencias en la salud humana y animal.

Para comprender mejor la influencia de los descubrimientos biológicos en los ejes estratégicos de los programas sanitarios de control y prevención² se describe brevemente el ciclo del parásito, su transmisión y contagio y la relación con la actividad ganadera predominantemente ovina y caprina.

El agente etiológico es una tenia llamada *Equinococcus granulosus*, perteneciente al género *Equinococcus*³, cuyo ciclo biológico comprende básicamente dos etapas de desarrollo en diferentes especies animales: los cánidos domésticos o silvestres, en los cuales provoca una parasitosis intestinal denominada equinococosis quística, y especies herbívoras (ganado bovino, caprino, ovino, suino), en las que desarrolla una enfermedad quística llamada Hidatidosis.

De los cuatro tipos de *Equinococcus* conocidos, el *granulosus*, responsable etiológico de la Equinococosis quística, es el de mayor distribución geográfica mundial, siendo el que predomina en América del Sur. En Argentina, especialmente en la región patagónica, y particularmente en la provincia de Neuquén, es el responsable etiológico de la hidatidosis humana.

La equinococosis tiene como principal hospedero a cánidos, los cuales adquieren la enfermedad al ingerir el parásito en estado larvario contenido en formaciones quísticas que se desarrollaron en las vísceras de animales herbívoros infectados. En el intestino delgado del perro se completa su desarrollo hasta la forma adulta posibilitando la eliminación de huevos al ambiente a través de la materia fecal, produciendo la contaminación de pastos y fuentes de agua.

Los animales herbívoros que completan el ciclo de vida del parásito (llamados hospederos intermediarios a diferencia del perro que es el hospedero definitivo) ingieren a través de pasturas y agua contaminadas, los huevos de *Equinococcus*. Una vez ingeridos por acción de jugos digestivos liberan embriones que pasan a la circulación a través del intestino llegando a hígado, pulmón, y con menor frecuencia otros órganos como riñones, bazo, huesos, cerebro. A los pocos días los embriones generan reacciones en los tejidos llegando a producir formaciones quísticas que contienen al parásito en estado larvario, el cual puede llegar a ser ingerido por los hospederos definitivos a través del alimento con vísceras crudas infectadas. (Denegri, Elisondo, Dopchiz, 2002)

² Control y prevención: se refiere a las intervenciones que se dirigen a evitar el surgimiento y consolidación de pautas de vida sociales, económicas y culturales que contribuyen a elevar el riesgo de enfermar. (OMS/OPS 2000)

³ Hasta la actualidad se han reconocido cuatro especies de *Equinococcus* con capacidad de producir enfermedad en el ser humano. (*E. multilocularis*; *E. oligarthus*; *E. vogeli* y *E. granulosus*). Cada especie tienen ciclos naturales particulares que hacen a su distribución geográfica, su relación con actividades productivas humanas y a la capacidad de contagio y gravedad de la enfermedad.

Los ciclos naturales pueden ser tanto silvestres (zorros, ciervos, roedores) como domésticos. Este último es el de mayor importancia epidemiológica, ya que involucra perros, sobre todo los utilizados en tareas de pastoreo y ganado. A su vez dentro del ciclo doméstico se puede diferenciar en ciclo doméstico primario (involucra al perro y ovinos) y ciclo doméstico secundario (involucra al perro, caprinos, bovinos, suinos, equinos). (Guarnera, 2009)

El ser humano puede enfermar de manera similar a como lo hacen los hospederos intermedios, ingiriendo huevos del parásito a través de verduras crudas, tierra y aguas contaminadas, y sobre todo por contacto directo con perros parasitados. Esta condición de ser una enfermedad que las personas adquieren desde animales vertebrados, se denomina zoonosis. (Denegri, Elissondo, Dopchiz, 2002).

Al cabo de tres o más años, pueden aparecer manifestaciones clínicas relacionadas al número, tamaño y ubicación de los quistes y/o por la presencia de complicaciones generadas por la ruptura de los mismos. Los tratamientos son básicamente quirúrgicos y en algunos casos se acompañan de tratamientos farmacológicos.

Las consecuencias para las personas afectadas están relacionadas con las que produce una enfermedad prolongada y puede generar diversos grados de discapacidad (transitoria o no). Las complicaciones pueden ser mortales aunque son poco frecuentes. Las implicancias en la salud humana y animal generan pérdidas productivas, las cuales suelen ser significativas para el individuo, su familia y comunidad (Iradebra, Roig 2007).

Hay varios factores ambientales y genéticos (capacidad del parásito de producir mutaciones y generar cepas diferentes) que dificultan la eficacia de medidas sanitarias usadas para controlar y prevenir la enfermedad en animales y humanos. Los huevos son viables en condiciones variadas de humedad, amplitud térmica, pudiendo persistir en el ambiente por más de 24 meses. A esto se agregan la dispersión mecánica generada sobre todo por los vientos y las amplias extensiones de pastoreo. (Denegri, Elissondo, Dopchiz, 2002).

Las dificultades para lograr el impacto deseado han llevado a desarrollar vacunas para ovinos y caprinos, las cuales se encuentran aprobadas y en uso en la Provincia de Chubut a partir de investigaciones compartidas con Nueva Zelanda. (Kamenestky y col 2000; Thompson y Eckert 1997; Lightowlers y col 2000; Lightowlers y col. 2001).

Esta zoonosis tiene aspectos diferenciales según afecte regiones continentales o insulares, siendo más difícil de lograr el control y disminución de la misma en las primeras. Los territorios isleños posiblemente se encuentren favorecidos por la geografía y las características más estables de sus poblaciones facilitando la aplicación de las medidas sanitarias que repercuten en impactos más favorables.

Entre algunos aspectos a considerar están: la mejor capacidad de llegar a la totalidad de la población y obtener mayor consenso, tener una barrera sanitaria geográfica (relacionada a la importación y exportación de ganado y acceso de perros), mejor control canino, medidas punitivas más eficaces, y posibilidades de realizar una adecuada vigilancia sanitaria. De todas formas el grado de consenso y participación comunitaria, la eliminación de perros a través de su sacrificio y las penalidades monetarias por incumplimiento de las medidas recomendadas, parecen haber sido las que permitieron el impacto más notorio inicial en Islandia, Nueva

Zelanda, Australia, Tazmania, Groenlandia y Chipre con diverso grado de éxito. (Tunes 2009)

En varios de estos países el desarrollo de los programas sanitarios depende de comisiones interministeriales o de Ministerios de Agricultura y Ganadería (o sus equivalentes) y no de Ministerios de Salud exclusivamente.

Es interesante destacar algunas particularidades sobre las formas participativas de dichos programas en Islandia, Nueva Zelanda, Tazmania y de Chipre.

Islandia apeló fuertemente desde sus inicios, a la participación de educadores y material de difusión escrita considerando que sus pobladores apreciaban mucho la lectura y tienen costumbre de compartir textos en familia. (Tunes 2009)

Nueva Zelanda, desde el inicio, dio participación y autonomía a los granjeros para planificar las medidas de control y prevención y desarrollar campañas, contando con activo respaldo de las organizaciones femeninas locales. Las medidas punitivas propuestas se lograron cumplir por amplia adhesión de los vecinos. Las comisiones locales se fueron integrando hasta lograr el Consejo Nacional Hidatídico en 1959 con legislación, presupuesto y personal asignado en el nivel operativo. (Tunes 2009)

Tazmania inició las medidas sanitarias a través de grupos voluntarios de productores. Luego de algunas décadas logró un fuerte consenso comunitario a favor de una legislación coercitiva, e implementó y sostuvo un programa de educación sanitaria. En Chipre, la situación fue diferente. Al estar dividida políticamente en comunidades greco chipriota y turco chipriota, se han generado diferencias en la implementación y cumplimiento de las medidas propuestas, teniendo menor adhesión en la población del norte predominantemente turco chipriota. (Tunes 2009)

También en Argentina, la isla austral de Tierra del Fuego logró un impacto inicial muy diferente al resto del país gracias a la posibilidad de implementar en forma sostenida medidas de control en población canina, sacrificio de perros cimarrones y perros domésticos parasitados, desparasitación periódica en la totalidad de áreas rurales y algunas semiurbanas y urbanas y difusión de información a la población. (Zanini y Bitsch 1999)

A pesar de ser conocida como entidad nosológica desde hace siglos (según consta en los Tratados hipocráticos 400 A.C., y en descripciones del médico árabe, Al-Rhazes, 800 A.C.), los aportes generados ante el desarrollo de las ciencias biológicas y los avances tecnológicos, la hidatidosis persiste como problema de salud para las comunidades rurales pastoriles en varias partes del mundo. (Tunes 2009)

Antecedentes de las políticas sanitarias de control:

Los avances científicos más notorios que permitieron comprender su etiología, la complejidad del ciclo vital del parásito, modos de transmisión y contagio, así como formas de tratamiento con diversas posibilidades de éxito, acontecieron entre los años 1808 y 1852. Desde ese entonces ya se recomendaba evitar alimentar a los perros con desechos de animales faenados en mataderos, eje de futuros programas sanitarios. (Tunes 2009).

Estos conocimientos ayudaron a generar modos de intervención sanitaria desestabilizando el ciclo del parásito con el propósito de disminuir la cantidad de personas afectadas y evitar las pérdidas económicas relacionadas a la salud animal.

Así se comienzan a generar programas de control contra la hidatidosis en los países con alta prevalencia cuya economía rural estaba muy ligada a la ganadería extensiva ovina de tipo pastoril.

El primer programa sanitario conocido dio comienzo en Islandia en 1864 donde la enfermedad era muy frecuente. Allí se reprodujo por primera vez la tenia en los perros a partir de quistes hidatídicos ovinos. Las estrategias propuestas por entonces, son la base de los programas de control y prevención que se desarrollan en la actualidad.

Los ejes de las intervenciones estaban dados por: conocer la cantidad de personas afectadas y perros infestados; evitar el contagio humano limitando el compartir utensilios (fuentes, platos) con los perros; limitar el número de perros por familia a través de medidas punitivas (impuestos); evitar alimentar con vísceras a los perros (contaban con una Ley que prohibía alimentar con vísceras parasitadas a los perros y exigía la quema de esos órganos); poner en conocimiento a la totalidad de la población sobre la enfermedad y modos de contagio a través de folletos de distribución gratuita y la inclusión de este material en los libros de texto en todas las escuelas.

A partir de 1890 se comenzó a suministrar a todos los perros del país una purga para la eliminación de los parásitos (vermífugo) una vez por año, actividad a cargo de los denominados "limpiadores de perros". Esto fue acompañado por la construcción de mataderos "higiénicos" en los que se impedía el acceso a los perros. Se promocionó la faena sanitaria del ganado ovino en dichos establecimientos desalentando la faena domiciliaria. (Tunes 2009)

Otros países comenzaron varias décadas después a aplicar programas similares, luego de comprobar el rotundo éxito de Islandia. Nueva Zelanda, lo desarrolla a partir de 1950, Australia a comienzos de 1885, Tazmania en 1962.

Entre algunos de los países de América del Sur en los cuales se implementaron iniciativas sanitarias figuran: Uruguay, con medidas de control canino en 1879; Argentina en 1906 con la formación de una comisión interinstitucional para apoyar medidas y redactar instrucciones que posibiliten limitar la enfermedad; Chile en 1949 con programas pilotos de lucha y control contra la hidatidosis en Valdivia y Cautín. (Tunes 2009; Castro 2004).

A partir de muchas de esas iniciativas y del lugar que la enfermedad comienza a ocupar a nivel académico y político-sanitario es que la hidatidosis fue priorizada como problema de salud pública en Latinoamérica a partir del año 1968 con el desarrollo de políticas sanitarias específicas, leyes y decretos destinados a su control y prevención.

En Argentina, Neuquén fue una de las provincias pioneras en desarrollar un Programa Integral de Prevención y Control de Hidatidosis a partir del año 1970, convirtiéndose en ejemplo en el país y en el exterior durante los primeros 15 años iniciales del programa, cuyos ejes estratégicos fueron similares a los implementados en Islandia casi un siglo atrás.

Problemas actuales relacionados a la Hidatidosis en Neuquén

En esta provincia, la hidatidosis persiste como enfermedad predominantemente rural asociada a prácticas pastoriles con el agravante de comenzar a ser un riesgo potencial periurbano y urbano.

En este sentido debemos señalar que investigaciones locales llevadas a cabo por médicos veterinarios han demostrado contaminación *Equinococcus granulossus* en ambientes urbanos recreativos medida a través de coproantígeno⁴ en dos localidades: en la ciudad de Neuquén de 172 muestras de materia fecal canina el 10% fue positiva, mientras en ciudad de San Martín de los Andes, de 200 muestras el 4.5% fue positivo. (Bergagna 2001; Brusoni 2006)

Al ser una enfermedad humana de lenta evolución, su presencia en personas muy jóvenes evidencia contagio relativamente reciente, convirtiéndose así en un indicador epidemiológico desfavorable el diagnóstico de hidatidosis en menores de 9 años. Comparando los registros al inicio del Programa y 35 años después, obtenemos los siguientes datos de los informes de hospitalización, informes iniciales del programa y vigilancia epidemiológica de la provincia:

- en 1970 se notificaron 35 personas con la enfermedad, de los cuales 6 eran menores de 10 años (el riesgo de enfermar en ese grupo de edad era de 1.43 enfermos de esa edad por cada 10000 niños);
- y en el 2005 fueron 71 las personas notificadas, de los cuales 7 correspondieron a menores de 9 años (el riesgo de enfermar para menores de 10 años es 0.70 enfermos por cada 10000 niños de ese grupo de edad).
- Si bien el riesgo de enfermar para los menores ha disminuido a la mitad, 2 de los 7 niños notificados en el 2005 no tenían antecedentes de haber residido en áreas rurales ni tener contacto con actividad pecuaria de ningún tipo, tampoco tenían perro como mascotas, ni se encontraban relacionados entre sí.

En Neuquén, desde 1970, el subsector público de salud ha centralizado el programa de hidatidosis. El análisis e integración de la información que permitieron observar la evolución de esta parasitosis, así como las recomendaciones de intervenciones consideradas necesarias para lograr su control y prevención, han surgido de dicho programa.

Por lo tanto, se enumeran los supuestos principales en los que se basó este trabajo: 1) el análisis epidemiológico no puede carecer de la perspectiva histórica del programa, 2) la hidatidosis está muy relacionada a los modos de vida y prácticas productivas de la población rural neuquina, 3) la aparición del programa como política de salud requirió la combinación de procesos sociales, científico sanitarios y políticos cuyas relaciones no siempre se vieron con claridad y 4) el programa no ha sido único y estático, ha sufrido modificaciones, cambios, rupturas, las que deben ser integradas al análisis de esta enfermedad.

Otro punto crucial es la referencia al término Programa en forma impersonal, desdibujando la importancia de los sujetos como actores sociales que intervienen en una realidad en un tiempo y lugar concreto. Entre esos actores, estuvieron los que pensaron e implementaron acciones de prevención y control específicas, y los que fueron destinatarios no siempre voluntarios, de esas intervenciones que pretendieron cambios en sus vidas cotidianas.

En ese entramado de relaciones sociales ocurrieron consensos, contradicciones y conflictos en situaciones históricas particulares. Desentrañar alguno de estos aspectos y dilucidar las circunstancias que hicieron posible su creación, desarrollo y evolución puede ayudar a comprender y explicar porque la hidatidosis es un problema de salud vigente.

⁴ Método de diagnóstico que se aplica sobre materia fecal (en este caso canina) y detecta la presencia de antígenos parasitarios específicos.

A los fines de este trabajo se tomó como eje organizador la historia social del Programa⁵, como síntesis de saberes y prácticas específicas incorporando en el análisis los contextos institucionales, sociopolíticos, productivos y los actores sociales involucrados.

Marco teórico: Historiografía e Historia social

Aspectos teóricos a considerar en Historia social de los procesos de salud enfermedad:

La historia social es una forma particular de realizar historiografía, cuyo inicio se ubica a partir de la segunda mitad del siglo pasado. Desde entonces ha evolucionado en sus enfoques, abordajes y metodologías, compartiendo problemas, inquietudes y limitaciones con el conjunto de las ciencias sociales.

Desde sus orígenes ha intentado rescatar las vivencias y testimonios de actores sociales pertenecientes a grupos minoritarios, populares, contra hegemónicos, develando el conflicto, las relaciones y transformaciones sociales no siempre ligadas a la dinámica económica y de clases sociales⁶. (Hobsbawn 1983)

Su búsqueda por lograr comprender y explicar teórica y empíricamente la complejidad de la dinámica social a través de las relaciones sociales como procesos históricos, la ha llevado a diversificarse y evolucionar en distintas direcciones en las últimas décadas.

Actualmente su desarrollo está enfocado a estudiar la realidad social⁷ como expresión sociocultural donde los sujetos participan activamente desde la palabra, el pensamiento, el entendimiento y la acción. Nos invita a comprender e intentar explicar la interacción entre condiciones sociales que se estructuran y comienzan a modificar prácticas sociales, y lo que individuos/grupos sociales hacen para organizar una realidad social particular y llevar a procesos de transformación. (Moreyra 2006; Aróstegui 1995; Zemon Davis y Crouzet, 2006)

La salud y enfermedad consideradas como producto social tienen historia. Esa historia se gesta como parte de un proceso que se configura a través del tiempo y por la acción eficiente de sujetos sociales, objetivándose en las estructuras mismas de la sociedad que los contiene, condiciona y transforma. (Aróstegui 1995; Cardoso y Pérez Brignoli 1984)

La historia social como historia social de la salud y la enfermedad lleva un proceso de evolución en el país de pocas décadas (Di Liscia 2008; Armus 2005 a y b). Varias enfermedades han sido estudiadas desde este enfoque, como Chagas (Kropf 2008; Kropf y col 2005), Tuberculosis (Armus 2005 a y Armus 2005 b), Fiebre Amarilla (Malosetti Costa 2005), Sífilis (Carrara 2005; Biernat 2007). Entre ellas se encuentran recientes publicaciones sobre hidatidosis desde esta perspectiva (Valobra 2007; Tunes 2009).

⁵ Programa entendido en este trabajo, como un instrumento para operacionalizar políticas específicas de salud a partir de una priorización del problema a través de planificación, ejecución, evaluación de actividades de promoción, prevención, tratamiento y recuperación. En programas de salud del Estado este conjunto de acciones son implementadas por el Estado debiendo garantizar su desarrollo y accesibilidad al conjunto de la población.

⁶ La historia social tiene como momento fundante el estudio paradigmático de Eric Hobsbawm (1971): "De la historia social a la historia de la sociedad". Dicho estudio mostró desde el contexto material e histórico, la relación entre tres niveles de análisis: la estructura de la economía, relaciones sociales y modo de funcionamiento de esa sociedad y sus instituciones (Hobsbawm 1983)

⁷ En la década del ochenta, basándose en el estudio fundante anterior, Natalie Zemon, historiadora anglosajona definió la historia social en un sentido inverso, como historia sociocultural donde no solo la historia es sensible a los medios de dominación, sino también a las estrategias de resistencia que ejecutan los grupos subordinados. Es en este último sentido que se considera en este trabajo el abordaje histórico social de los procesos de salud enfermedad. (Zemon Davis y Crouzet 2006)

Dichos estudios han ayudado a reflexionar sobre: 1) los intereses científico políticos, 2) las ideologías político sanitarias de la época y su relación con los aspectos del desarrollo socioeconómico de un país, 3) las zonas de conflicto entre grupos sociales, 4) el impacto de los descubrimientos microbiológicos y el desarrollo farmacéutico, y 5) el saber hegemónico y los saberes contra hegemónicos. (Liascovich 2007).

Esas categorías también intervinieron en la historia social de la hidatidosis en la provincia. Ellas conformaron estructuras, relaciones y fuerzas sociales que delimitaron situaciones socio históricas particulares⁸.

En algunos periodos, la dinámica se dio como un movimiento recurrente, que mantuvo y reprodujo estructuras y relaciones sociales estables. En otros momentos esos procesos cambiaron de direccionalidad o de intensidad y produjeron rupturas, permitiendo detectar cambios o movimientos sociales transformadores. Esos cambios en historiografía, reciben el nombre de acontecimientos históricos.

Los acontecimientos históricos no fueron uniformes y se dieron de manera diferenciada entre los diversos componentes de la realidad social estudiada, quedando absorbidos en el proceso evolutivo de la historia social de esta enfermedad.

Captar esos cambios sociales implicó considerar el tiempo como categoría analítica y empírica que diera cuenta de ese movimiento social. Esto se llevó a cabo a partir de tres dimensiones: 1) el tiempo externo o cronológico, 2) el tiempo interno o tiempo social de cambio, y 3) los espacios de inteligibilidad o periodización histórica. (Aróstegui 1995)

El tiempo cronológico permitió ordenar los hechos en la secuencia en la que ocurrieron ayudando a ubicar, clasificar, comparar y buscar testimonios que dieran cuenta de las diferentes etapas del programa y en que entorno se dieron, así como identificar sujetos sociales claves.

El tiempo interno, permitió explicar esos hechos en la realidad social en que ocurrieron y detectar su proceso de cambio o permanencia. Así se pudieron identificar una serie de acontecimientos que llevaron a cambios en las estructuras y relaciones sociales de los sujetos involucrados en la hidatidosis como problema de salud. La velocidad e intensidad de esos acontecimientos no se dieron de modo sincrónico a lo largo del periodo analizado, y a veces se correspondieron con diferentes tiempos cronológicos.

La periodización requirió identificar los factores que crearon situaciones sociales singulares y relativamente homogéneas, en la confirmación y desarrollo del programa. Esas situaciones estuvieron delimitadas por momentos de ruptura o cambio con cierta correspondencia entre los estados socio históricos hallados y el tiempo cronológico en el cual acontecieron.

Explorar y analizar lo que ocurrió con la hidatidosis fue posible gracias a las "huellas" o testimonios encontrados y recuperados, tanto orales como documentales. Pero estas "huellas" en general fueron parciales y se necesitó complementarlas y contrastarlas con marcos de referencia más macro y microsociales. (Aróstegui 1995, Joutard 1999)

⁸ Se denomina estado social o socio histórico a la configuración de las estructuras, relaciones y fuerzas sociales que componen una determinada sociedad en un momento cronológico preciso y situación socio histórica al conjunto de estados sociales interactuantes (Aróstegui 1995, p.205)

En relación a los testimonios orales, su producción y uso estuvieron basados en el campo teórico y metodológico de la historia oral⁹. La intención de buscar estos testimonios, fue comprender e interpretar de modo más acabado, aspectos individuales y colectivos que hacen al comportamiento social de esta enfermedad.

La historia oral da acceso a las experiencias de aquellas personas cuyas vidas están al margen del poder y sus vivencias en general no son documentadas y también la de los sujetos de sectores más poderosos, hegemónicos y generalmente oficiales. (Thompson 2003/2004)

Entre los aspectos destacados que se buscaron recuperar, estuvieron los relacionados a las conexiones entre familia y trabajo pastoril, su identidad colectiva, la influencia trans-generacional de la familia, las transiciones familiares actuales, y las representaciones que tienen de la hidatidosis y el rol desempeñado por los equipos de salud. (Thompson 2003/2004)

De los testimonios orales se obtuvo información fáctica cuya veracidad pudo contrastarse con otras fuentes testimoniales y donde quedó objetivada la fuerza modeladora de la memoria como consciencia individual y colectiva. A modo de ejemplos están la figura del técnico desparasitador de perros y las llamadas concentraciones caninas, o la purga aplicada a los perros como la "vacuna". (Thompson 2003/2004)

Hay otra información, única por el tipo de fuentes, que es la de la subjetividad misma cuando lo que se relata o responde está dado por el sentido que ese pasado tiene en el presente, y aunque esta información no sea contrastable es psicológicamente "verídica".

Desde ambos materiales se buscaron las representaciones sociales¹⁰, que permitieron dar cuenta de la eficacia histórica de las ideas de cada época y conocer los factores que contribuyeron o no, a configurar como hechos sociales las acciones atribuidas al programa de control y prevención. Dentro de esas representaciones se encontraron las nociones dominantes del proceso salud-enfermedad- atención, el rol asistencial y técnico de los equipos de salud pública, el rol del Estado en políticas sociales y las desigualdades entre los diferentes estratos sociales productivos de la población rural.

Esas representaciones sociales que configuraron visiones del mundo¹¹ fue distinta según las situaciones históricas y los diferentes grupos sociales y se manifestaron por conductas que llegaron a ser institucionalizadas comprendiendo estructuras y comportamiento social. (De Souza Minayo 2004).

Categorías analíticas y marco de referencia para identificar los cambios del movimiento social desde la historia del programa

Las categorías analíticas que se han seleccionado están relacionadas con las principales concepciones sanitarias y los paradigmas epidemiológicos hegemónicos enmarcados en las relaciones del Estado y las políticas sociales, desde la modernidad.

⁹ Historia oral como definición amplia, es la interpretación de la historia, las sociedades y las culturas en proceso de cambio a través de la escucha y registro de las memorias y experiencias de sus protagonistas. (Thompson, 2003/2004, p. 15).

¹⁰ Las representaciones sociales traducen la manera como el grupo social se piensa en sus relaciones con los objetos que los afectan. De Souza Minayo 2004, p. 135).

¹¹ Visión del mundo como conjunto de aspiraciones, sentimientos e ideas que reúnen a los miembros de un grupo. (De Souza Minayo 2004, p. 145.147).

Esto se basa en que ninguna corriente de pensamiento existe y se desarrolla independientemente de las cuestiones prácticas de una realidad social; su objeto de conocimiento como construcción social, tiene carácter aproximado, provisorio, relacionado. En este caso, las representaciones sociales dominantes relacionadas a la salud y la enfermedad, en todas las sociedades, son mediadas en forma muy particular por las ciencias médicas que se expresan en torno al sector salud a través de saberes y prácticas institucionalmente legitimadas. (De Souza Minayo 2004)

Las diferentes teorías interpretativas del proceso salud enfermedad inidentificables como paradigmas tiene como correspondencia diversos proyectos de intervención sobre la realidad en respuesta a necesidades sociales; las concepciones de causalidad a su vez, tienen un carácter instrumental.

Así podemos concebir a los modelos asistenciales como construcciones socio históricas desde las cuales son organizados en una sociedad concreta las diversas acciones de intervención en el proceso de salud enfermedad. Esos modelos no existen en estado puro y están sujetos a intereses y voluntades diversos; y representan la mediación entre lo técnico y lo político, incorporando contribuciones de diversa naturaleza (político, administrativas, jurídicas, éticas, científicas, culturales) resultando así traductores de lenguajes profesionales, político y administrativo. (Oliveira 2000; Goulart 1999)

Los modelos asistenciales están enmarcados en movimientos sanitarios en los cuales se concretizan tres dimensiones prácticas: teórica (construcción de saberes); ideológica (transformación de creencias) y política (transformación de relaciones sociales) que se interrelacionan a su vez con los problemas de salud priorizados en la población y con los sistemas de salud.

Los sistemas de salud engloban la totalidad a las acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en ese campo como respuesta organizada ante los problemas que se plantean; en tanto las políticas de salud implican la difusión de la salud como problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito.

La formulación de políticas, las prácticas y organización en salud están en relación a los paradigmas¹² dominantes en cada época. Así se pueden identificar, desde la modernidad, cuatro paradigmas dominantes: higienista, curativista, reformista y post reformista. El paso entre cada uno no es lineal ni homogéneo y sobreviene luego de la crisis de su predecesor ante la falta de resultados y el agotamiento del modelo propuesto en la práctica social y científica.

Se desarrolla a modo de reseña, de los movimientos sanitarios, roles del Estado y paradigmas¹³ epidemiológicos desde la modernidad en el mundo occidental capitalista, marco de referencia para contextualizar durante el análisis, la historia del programa de Hidatidosis.

En el paradigma higienista, siglo XVII-XIX, el Estado centró sus intervenciones en aspectos preventivos a través de la regulación del ambiente y los estilos de vida¹⁴, con prácticas habitualmente autoritarias de control social principalmente enfocadas al control de las epidemias y tuvo su correlato en la formulación de políticas centralizadas.

Desde el paradigma curativista, fines siglo XIX e inicios siglo XX, aumenta la preocupación por la atención médica de la población enferma. Ocurre una

¹² Paradigma en el sentido más amplio como visión del mundo, propia del campo social cultural científico.(Estructura de las revoluciones científicas, Kuhn, 1989 y Almeida Fihlo 1999)

¹³ Paradigma en el sentido más estricto como construcción destinada a la organización del razonamiento, matriz del modelo teórico de la ciencia.(Estructura de las revoluciones científicas, Kuhn 1989 y Almeida Fihlo 1999)

¹⁴ Estilos de vida hace referencia a hábitos y comportamientos individuales (Huertas 1998, p.118)

importante expansión y desarrollo de la atención médica constituyendo un poderoso instrumento de legitimación y regulación laboral, industrial y científico. Su consolidación se da en la década del '30. La salud aparece como derecho y bien social y se propugna el desarrollo de los servicios de salud como parte de los sistemas de protección social. Así emerge la tendencia hospitalocéntrica, el lugar privilegiado del saber médico y se explicitan las prácticas sociales que debían ser contempladas como Salud Pública¹⁵

Bajo el supuesto, que a mejor asistencia médica se obtendría mejores indicadores de salud en la población, estas políticas fueron acompañadas de aumento en los presupuestos destinados a dicho desarrollo.

Este paradigma estaba inmerso en las concepciones del Estado de Bienestar el cual se consolidó en los países europeos y norteamericanos de postguerra como conjunto de políticas, instituciones, derechos y legislaciones que se caracterizaron por una abierta intervención en la regulación de la vida social, económica y cultural de países capitalistas. Se procuraba garantizar la paz social a través del desarrollo económico, el bienestar y seguridad social. La estabilidad y en consenso social fueron posibles por el crecimiento económico y las políticas sociales en el marco de Estados más democráticos que cumplieron funciones reguladoras y empresariales destinadas a mejoras de condiciones de trabajo, ambiente y calidad de bienes y servicios. (Rafart 2001)

El Estado de Bienestar en los diferentes países desarrollados se caracterizó por el aumento del gasto y empleo público, legitimación de instituciones tecno burocráticas estatales, interdependencia de la política social y salarial y la construcción de ciudadanía. Las políticas sociales¹⁶ estaban orientadas a disminuir el impacto negativo socioeconómico en los grupos poblacionales menos poderosos, como políticas de compensación social universal con la intención de garantizar igualdad de oportunidades.

Las políticas de compensación fueron reformulando roles productivos y sociales, instrumentales a la hora de gestionar conflictos sociales y problemas de consumo masivo. Ninguna de estas propuestas finalmente pudo lograr disminuir la desigualdad social, ni sostener el desarrollo económico y fueron perdiendo legitimidad teórica e institucional sucediéndose crisis¹⁷ sociopolíticas y económicas. (Picó 1990)

En la década del sesenta emerge el neoliberalismo, contraponiéndose a la intervención, control y regulación estatal, privilegiando la libertad del mercado. Altas tasas de desocupación, inflación no controlada, déficit estatales y escaso crecimiento económico, en medio de crisis de gobernabilidad de los sistemas democráticos, llevaron a con fuertes recortes presupuestarios destinados a políticas públicas, específicamente políticas sociales acompañados por mayor flexibilización laboral y precarización de las condiciones de trabajo.

Las políticas sociales dentro de este esquema adquirieron sentido de gasto y asumieron un carácter asistencialista, de compensación no universal destinada a los

¹⁵ La Salud Pública: ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud física... a través de los esfuerzos de la comunidad organizada, por el saneamiento del ambiente, el control de las infecciones comunitarias, la educación de los individuos en principios de higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de la maquinaria social, la cual asegurará a cada individuo en la comunidad un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de su salud (Winslow 1920, citado Winslow 1997).

¹⁶ Política social: es la gestión de los riesgos sociales y riesgo social es cuando un riesgo individual es compartido por varios individuos, se reconoce como merecedores de atención pública y parte de su génesis está fuera de la responsabilidad individual. Importan acá los riesgos sociales con regularidad sociológica ya sean de clase, de trayectoria vital o intergeneracional. (Gosta 1998, p.51)

¹⁷ Crisis: procesos donde se cuestionan las estructuras y la identidad del sistema social (Offe 1990, p.43)

sectores de extrema pobreza ante el reconocimiento de que la igualdad universal de oportunidades y derechos no era posible. (Huertas 1998)

A mediados del siglo XX, comienza a cuestionarse el modelo desarrollista y aparecen los discursos contra hegemónicos haciendo hincapié en los modos de vida¹⁸. En ellos primó el sentido holístico de la concepción del proceso salud-enfermedad: la salud comprendida como bienestar integral, requería desde las políticas y las prácticas del sector salud, priorizaran el ambiente, comportamientos y los grupos poblacionales.

Los ejes, en la práctica, fueron la promoción de hábitos y prácticas saludables, bajo la concepción que los individuos debían asumir sus responsabilidades individuales y los costos de salud debían ser adaptados a las posibilidades nacionales y locales. (De Souza Minayo 2004)

Estos discursos fueron explicitados en la Declaración de Alma Ata y en la Carta de Ottawa:

❖ La declaración de Alma Ata (1978) expresaba que la conquista de mejores niveles de salud requiere de la intervención de otros sectores, la participación de individuos y comunidades como ejercicio pleno de un derecho individual y colectivo. Cuestionando el modelo hospitalocéntrico, privilegió la llamada Atención Primaria de la Salud como el nivel de atención primordial. También se propugnaron otros modelos de gestión más democráticos más acordes a las necesidades locales. Poblaciones e individuos debían dejar de ser objeto de atención para convertirse en actores sociales.

❖ En la Carta de Ottawa (1986), el centro estuvo puesto en la Promoción de la Salud como elaboración de una política pública sana. En esta Conferencia aparece la promoción de la salud como cuidado integrado, global, continuo, superador de la asistencia sanitaria curativa. En ella se hizo referencia a la Atención Primaria de la Salud como estrategia central para concretar en la práctica las políticas saludables.

Así, Atención Primaria de la Salud se torna clave como encrucijada científica, política, económica, ideológica entre el Estado y la población.

Durante la década del ochenta, aumenta la preocupación por el gasto público y su escaso correlato con mejoras en la salud de las poblaciones. Así surge el paradigma reformista (1980-1990) en el cual predomina el concepto de economía de la salud inmerso en los problemas de déficit fiscales y la regulación del mercado. Desde sus inicios se centró en la adecuación de la oferta de servicios de salud en relación a los costos y a los beneficios obtenidos.

Fue una etapa de crisis político económica en la cual el individualismo primó sobre consideraciones sociales y necesidades colectivas. Se buscaron modelos que garantizaran la rentabilidad del capital y su expansión a largo plazo. Se reorganizó el mercado laboral, las políticas sociales, se privatizan servicios y los recortes presupuestarios recaen fuertemente en el sector salud y de políticas sociales con progresivo desmantelamiento de la seguridad social y sanitaria por considerarse que esas inversiones cada vez mayores intervienen directamente en la génesis de las crisis económicas. Estos recortes y privatizaciones fueron exigencias o recomendaciones de los organismos financiadores internacionales (Fondo Monetario Internacional; Banco Mundial) para la concesión de préstamos a países

¹⁸ Modos de vida categoría sociológica que refleja de forma sistemática las condiciones económicas, sociopolíticas y culturales estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y colectividades (Huerta 1998 p. 118)

subdesarrollados. Todo aquello que no tiene entrada en el mercado comienza a sufrir un proceso de exclusión. (Huertas 1998)

Desde 1990 en adelante, continuaron los esfuerzos para contener el gasto público surgiendo el paradigma post reformista con políticas de salud orientadas a la atención y prevención de los problemas prevalentes crónico degenerativos, las causas violentas y psicosociales.

El centro estuvo puesto en la ineficiencia de los servicios de salud sobre todo en países subdesarrollados. Luego de la primera década, y con la reemergencia de problemas infectocontagiosos epidémicos aparentemente controlados, se postula la recuperación de políticas saludables asumiendo objetivos sanitarios orientados a las problemáticas más acuciantes en países de Latinoamérica y África. Así se establecen los Objetivos del Milenio promovidos por las Naciones Unidas y que contemplan financiaciones internacionales y nacionales para sus logros en el año 2015.

Estos paradigmas sanitarios tenían su correlato con las teorías epidemiológicas dominantes, a través de las cuales se orientó el análisis e interpretación de los problemas de salud poblacionales. Estas teorías como productos sociales históricamente construidos, no son puros ni totalmente diferenciados entre sí, tiene efecto acumulativo, absorbiendo cada una de ellas algunos aciertos y contradicciones de sus predecesoras.

Los avances científicos relacionados a la fisiopatología y a la microbiología a partir de mediados del siglo XIX, se desarrollan como respuesta a la búsqueda etiológica de las enfermedades infectocontagiosas, prevalentes en ese entonces, suplantando al enfoque colectivo higienista en el tratamiento de la enfermedad y sus determinantes. Así la teoría del germen se abre paso desde la teoría miasmática a partir de una de las teorías alternativas de la época, el contagionismo.

Las epidemias eran una amenaza sociopolítica y económica en la etapa del desarrollo capitalista en el cual eran claves el desarrollo industrial y comercial, las migraciones, urbanización y disponibilidad de mano de obra saludable y rentable. Evitar la expansión de epidemias implicaba confinamiento, cierre de puertos, y hasta aislamiento de ciudades. Las consecuencias de las "cuarentenas" al coartar las libertades individuales y su relativa eficacia preventiva, así como las onerosas pérdidas económicas que generaban colaboraron en el desarrollo de otros mecanismos de control y prevención a través de mejoras en el saneamiento de las ciudades.

Esto fue favorecido a través de informes epidemiológicos que establecían una correspondencia entre la distribución de las enfermedades, problemas socio ambientales, condiciones materiales de vida, ambientes laborales, calidad de los servicios y planificación urbana. (Urquía 2006)

El conocimiento bacteriológico, el desarrollo tecnológico en el diagnóstico y la industria farmacéutica, fue legitimado ante la disminución de la morbimortalidad y control de epidemias a través de la introducción de los antibióticos y la aplicación de las vacunas. La aplicación de medidas exitosas a nivel individual y en forma masiva (campañas de vacunación) genera las bases del paradigma sanitario curativista cuya unidad de análisis deja de ser la población y pasa a centrarse en el individuo.

En los inicios de esta teoría, los aspectos socio ambientales y culturales dejan de ser un motivo de investigación, pero en la medida que fueron necesarias teorías más abarcativas que dieran cuenta de las diferencias en la distribución de estas enfermedades o en sus dificultades de control, se fue avanzando en aspectos ecológicos y en la historia natural de las enfermedades poniendo énfasis en los

modos de transmisión y contagio. Estos avances tuvieron repercusión en la búsqueda de espacios saludables del desarrollismo (Estado de Bienestar) y legitiman de manera renovada las medidas propuestas durante el paradigma higienista como fuerte discurso preventivista/moralista de la época y acorde a las políticas sociales implementadas. Lo sociocultural estaba abordado dentro de lo ambiental como variables contribuyentes y no como objeto de estudio relacionado con la salud (Vallejos, Miranda 2007, p. 15:16; Di Liscia, Salto 2004).

El impacto en el perfil de mortalidad de las poblaciones de los países desarrollados que trajo aparejado el desarrollo microbiológico, produjo una importante disminución de las muertes por causas infecciosas prevenibles y curables aumentando proporcionalmente las llamadas crónico degenerativas. Este desplazamiento epidemiológico en los perfiles de mortalidad, llevan a que los intereses de investigación médico sanitarios y las fuentes de financiación se enfoquen al origen de sus causas.

Comienzan a aparecer conceptos como caja negra, redes causales que hacen referencia a la multicausalidad de los problemas de salud y a las dificultades que entrañan dilucidar la complejidad de su génesis. Así aparece la noción de riesgo como concepto relacionado a la probabilidad de ocurrencia de efectos desfavorables ó favorables para la salud de los individuos ante la exposición a ciertos factores considerados necesarios o nexos en la producción del evento. Este concepto, central en la teoría epidemiológica dominante, no busca desentrañar dicha red causal sino buscar los nexos causales que permitan generar medidas preventivas. En ese contexto, la epidemiología se estructura desde la investigación cuantitativa y basada en cuadros clínicos considerados entidades objetivas, mensurables y transculturales (Almeida Filho 2008; Urquía 2007)

Los factores llamados de riesgo, no son estudiados y jerarquizados por su naturaleza sino medidos por su fuerza de asociación en la producción de daño a la salud. Aquellos factores que son privilegiados son los potencialmente modificables y susceptibles a medidas de intervención desde las ciencias de la salud, quedando relegados los determinantes y condicionantes socioculturales o económicos a los que se adjudica en la práctica un rol secundario.

El concepto de riesgo ha sido fundamental para establecer relaciones entre factores intervinientes en la producción de daños a la salud y justificar la aplicación del concepto de prevención que recae en el individuo, ya que los factores de riesgo tienen relación con comportamientos y éstos con estilos de vida que contienen implícito la posibilidad de elección, o sea mediada por la voluntad. (Ayres 2005).

Esta manera de "mirar" descontextualiza resulta insuficiente para abordar problemas desde los equipos de salud pudiendo dar lugar a una epidemiología del ocultamiento. (Breilh 2003)

Este paradigma puede crear la ilusión del "disciplinamiento" de la vida cotidiana y productiva" como medidas de control permitiendo distanciar a las personas de aquellos factores que las exponen a mayor riesgo de enfermar, y olvidar que ellas como grupo social, responden con su bagaje de saberes y prácticas, motivaciones, posibilidades y perspectivas de vida, construyendo la propia priorización de los problemas que los aqueja. (Breilh 2003, De Souza Minayo 2004)

Estos grupos sociales más afectados se desarrollan e identifican a través de sistemas socioculturales; sus tradiciones, legados sociales, la cultura del trabajo, la familia, el espacio y el tiempo, se van inscribiendo en los procesos históricos al igual que sus transformaciones. (Bendini 1993).

Desde esta perspectiva, la hidatidosis como problema de salud relacionado a la población rural dedicada a la actividad productiva ganadera, por lo cual se debe incorporar en su análisis las características sociales y productivas de estos grupos.

Bendini (1993), estudió la heterogeneidad de los productores ganaderos en la Provincia del Neuquén. Las diferencias encontradas permitieron construir categorías analíticas en base a las diferentes racionalidades en su lógica económica y vivencial. Esto hace que ante diferentes coyunturas político sociales, sanitarias y económico territoriales, las estrategias utilizadas para mantenerse, subsistir o progresar, encuentren posibilidades muy distintas.

Entre esas categorías, a modo de ensayar una tipología social, se encuentran los criancero (productores familiares en general dedicados a la cría del ganado menor) que tienen en común el pastoreo y las actividades ganaderas realizadas mediante usos y costumbres vinculadas a lazos sociales familiares tradicionales.

El trabajo del criancero es un movimiento recurrente, integrado a la naturaleza, en el cual el espacio geográfico es un espacio percibido y sentido, vivencial e histórico.

Desde el abordaje de las representaciones sociales los crianceros tienen un apego a la tierra y a los animales y voluntad de permanecer en la misma actividad, que explica en parte, la continuidad intergeneracional de esta modalidad productiva que se remonta a tres siglos atrás.

Con el correr del tiempo estas comunidades pastoriles vieron alterada su organización social, productiva y comercial ante la expropiación y privatización de tierras, el cierre de fronteras, políticas aduaneras y regulatorias y los intensos procesos de urbanización.

Entre los productores pecuarios hay diversas posibilidades de capitalización que generan características diferentes en la relación entre el uso y disponibilidad de la tierra, el capital vivo (ganado) y el trabajo familiar.

En los grupos no capitalizados se encuentran peones, aparceros, puesteros. En todos, predomina la unidad doméstica de producción, y la transmisión intergeneracional de saberes y prácticas productivas cuyo producto les permite mantenerse en el mismo lugar y reproducir las condiciones de existencia. El espacio vivencial y productivo se funde. Suelen vivir en lugares dispersos que contribuyen al aislamiento sociocultural como también a las dificultades de acceso a los servicios como los de salud. Estas condiciones y déficit pueden llevar a situaciones de mayor fragilidad ó vulnerabilidad social relacionadas a las condiciones materiales de existencia y marginalidad. (Bendini, 1993, 2004)

Estas desigualdades heredadas llegan a transmitirse de modo intergeneracional, reforzadas por las propias relaciones sociales productivas. Las desventajas heredadas se convierten en desigualdades del capital social. (Gosta 1998)

En el otro extremo, dentro de los grupos capitalizados, están los ganaderos, estancieros, propietarios de las mejores tierras y ganado, que obtienen excedentes que le permiten desvincular de manera directa la familia (incluso su residencia), del lugar productivo propiamente dicho. Su capital cultural y productivo es más diverso accediendo electivamente y con menor dificultad a bienes y servicios locales, regionales e interregionales.

Entre los grupos no capitalizados y los capitalizados existen grupos intermedios (crianceros campesinos y crianceros capitalizados). Estas categorías socio productivas no son estáticas y permiten el pasaje de los sujetos sociales de una a otra categoría, sobre todo entre las intermedias.

Estas heterogeneidades entre grupos sociales, lleva a considerar que los problemas cotidianos, perspectivas, limitaciones y posibilidades sean diferentes, así como la relación con los procesos de salud enfermedad y personas e instituciones encargadas de su atención.

Para comprender esos momentos históricos concretos donde se produce el ensamble entre la vida sociopolítica, las instituciones, el reconocimiento de la hidatidosis como problema de salud y las prácticas productivas, se integrarán aspectos socioculturales y sociopolíticos institucionales trabajando con fuentes testimoniales orales y escritas, lo cual tiene sus especificidades relacionadas con los aspectos subjetivos e interpretativos (González Leandri; Carbonetti 2008).

Metodología: encuentro entre la teoría y los hechos

La historia social y la historia oral.

La reconstrucción de la historia social de la hidatidosis humana en la provincia del Neuquén, tuvo como eje central la historia del programa de salud destinado a su control y prevención durante un periodo de 35 años (desde 1970 cuando se dio inicio al mismo, hasta el año 2005 cuando ocurre el último cambio de gestión antes de dar inicio a la elaboración del proyecto).

Los aspectos metodológicos que se debieron considerar estuvieron relacionados a las particularidades de los métodos historiográficos, el periodo de tiempo seleccionado, el tipo, abordaje y combinación de fuentes diversas¹⁹.

El material empírico constó básicamente de los documentos oficiales y no oficiales relacionados al programa en sus diferentes etapas y el producto de entrevistas realizadas a sus creadores, gestores, ejecutores y destinatarios.

El proceso comenzó con la planificación y búsqueda relacionada a la recopilación de fuentes primarias documentales y no documentales. Cada una de ellas dio cuenta de una parte de los acontecimientos. En su variedad y contrastación empírica se pudo precisar mejor la temporalidad de cambios y regularidades del programa y controlar los posibles sesgos temporales, espaciales y temáticos.

Entre las dificultades metodológicas que se debieron sortear estuvieron las relacionadas a la recopilación de las fuentes primarias²⁰ escritas (documentales e iconográficas) las cuales se encontraban dispersas, en espacios no institucionales y en algunas situaciones su obtención se acompañó de ciertas resistencias. Así desde la búsqueda de los documentos e informes se comenzó con la observación de situaciones conflictivas entre los sucesivos actores sociales del programa.

Una vez recopilado el material documental, se procedió a su clasificación según cronología, procedencia, autoría, representación y momento institucional, propósito o intencionalidad. A este proceso, siguió el de lectura y relectura con un análisis preliminar de contenidos que llevaron a la búsqueda de otras fuentes tanto

¹⁹ Fuente histórica será todo aquel objeto material, instrumento o herramienta, símbolo o discurso intelectual, que procede de la actividad humana a cuyo través puede inferirse algo acerca de una determinada situación social en el tiempo (Aróstegui, 1995, p.338)

²⁰ Fuente primaria: son las que se elaboran al mismo tiempo que los acontecimientos que se quieren conocer y llegan al investigadores sin transformaciones secundarias. Fuentes secundarias: se elaboran a partir de fuentes primarias (libros, artículos) (Aróstegui, 1995, p.342:343)

primarias (escritas y orales) como secundarias. Este proceso mejoró la comprensión del contexto socio histórico y los alcances y dificultades en la ejecución del programa en cada gestión.

Los documentos oficiales producidos desde sus mentores, fueron considerados como material clave para comprender la racionalidad política sanitaria desde la cual se abordó el problema de la hidatidosis en la provincia. La constancia de contradicciones, omisiones o conflictos subyacentes se debieron buscar en los testimonios orales de una diversidad de actores sociales (los propios mentores, ejecutores y representantes de comunidades rurales). (Joutard 1999)

La combinación de diversas fuentes permitió encarar un proceso crítico, que requirió la aplicación de técnicas cualitativas y cuantitativas.

Los testimonios orales se abordaron desde la historia oral a través de entrevistas abiertas individuales y grupales, buscando rescatar la memoria de los sujetos como lugar de reproducción de la realidad, mediación simbólica y elaboración de sentido relacionados a la hidatidosis. (De Souza Minayo, 2004; Aróstegui 1995; Moss y col 1991)

El trabajo enfocado a la búsqueda, transcripción, y análisis de los testimonios orales implicó considerar aspectos metodológicos concernientes a la interrelación interlocutor - entrevistado y al proceso de la transcripción e interpretación de las entrevistas. Entre estos aspectos figuran: 1) selección de los entrevistados, 2) los aspectos éticos, 3) la modalidad y planificación de la entrevista, 4) cuestiones relativas a la memoria, a la conciencia y al significado. (Moss y col. 1991)

Una vez obtenido el material y analizado individualmente, se avanzó en la tarea de su clasificación, selección e integración para dar lugar al proceso de descripción, explicación e interpretación.

Los aspectos metodológicos más relevantes fueron los relacionados a las entrevistas, a la planificación y realización del trabajo de campo y al análisis del material resultante.

Con respecto a las entrevistas se pudieron observar momentos de contradicciones y contrastes, y se distinguieron diferentes sensibilidades en torno al mismo acontecimiento, sobre todo entre las personas relacionadas a la formulación y ejecución del programa. El poder explicitar esas situaciones del modo más objetivo y menos personal posible, ha sido uno de los aspectos más difíciles de sortear. La manera de resolverlo fue encontrar en esas situaciones, desde una mirada más integradora con el contexto institucional y provincial, las discontinuidades y rupturas que a su vez ayudaron a delimitar los espacios de inteligibilidad o periodización del programa.

La manera en que se evocaron los hechos, según riqueza y abundancia de detalles o no (pobreza y hasta extrañeza con el tema), fueron entendidas como grados diferenciados de involucramiento de esos hechos en la vida cotidiana de los sujetos. Estas diversidades vivenciales hicieron evidente la distancia entre conciencias históricas de quienes llevaron adelante el programa y los grupos poblacionales destinatarios de sus acciones. (Aróstegui 1995; Joutard 1999)

Se debió tener siempre presente el lugar de la entrevista como un espacio relacional asimétrico y peculiar donde se establece una conversación cuya direccionalidad suele estar en manos de quien entrevista. Y si bien, el objetivo de la entrevista es el recuerdo del entrevistado en función de los objetivos del entrevistador como impulsor para la producción de la información histórica; su resultado (contenido) es una parte inseparable de ambos interlocutores.

Como señala Aróstegui (1995) y De Souza Minayo (2004), el control del discurso permanece en manos del historiador: selecciona a quienes entrevista, formula hipótesis y preguntas, modela el texto, relaciona respuestas, da la forma a publicar y el contexto. El historiador es en parte el informante y el informante es en cierta forma historiador. El narrador entra en la narración y es parte de la historia.

En cambio, el contenido de la fuente escrita es independiente de las necesidades y las hipótesis del investigador; es un texto estable que solo podemos describir, explicar, interpretar.

Con respecto a la memoria, aspecto clave del trabajo en historia oral, tanto lo que se recuerda y olvida o niega son considerados procesos activos. Se debió distinguir entre lo que la gente estaba dispuesta a referir, lo que recordaba y las presiones sociales e ideológicas a las que se sintió sometida. En algunas situaciones particulares esto generó dificultades que implicaron cambios en la situación de entrevistas cuando, por ejemplo, el agente sanitario, a su vez Lonco de una comunidad, estaba presente, o ante la presencia de punteros políticos locales oficiando de controladores de la palabra dicha.

Otro aspecto fue cómo contrarrestar la tendencia que la memoria tiene de simplificar los hechos. En estos casos se recurrió a dar referencias históricas en un espacio y tiempo concretos (como las concentraciones caninas) o referirse a personas reconocidas en la comunidad como lo fueron los llamados "perreros", situaciones que estuvieron muy relacionadas a la cotidianeidad de la vida rural de una época. (Trevor Lummis, en Moss y col. 1991, De Souza Minayo 2004)

No siempre estuvo en manos de la entrevistadora el escoger a quiénes entrevistaba. La mayoría de las veces fueron seleccionadas por los grupos o autoridades locales, sobre todo en comunidades de Pueblos Originarios.

En todos los casos las entrevistas y la orientación de las preguntas, transcripción del material, análisis e interpretación, fueron realizados por la tesista.

Ese proceso fue complejo. El tomar contacto con la palabra, recuerdos y espacios vivenciales de otras personas, generó durante la transcripción, análisis y selección del material un compromiso personal y metodológico, en términos de decidir qué tomar de lo dicho. Tanto el que relata los hechos como aquel que los interpreta ponen en juego su propia subjetividad a través de sus historias personales y sociales, sus culturas e ideologías así como sus intereses específicos y singulares. Por eso el valor de la fuente oral y escrita como evidencias históricas se debió evaluar dentro de sus propios lugares de autenticidad. (Morris, W. en Moss y col. 1991)

La transcripción como proceso que convierte lo dicho en texto y que de audible se hace visible en palabra escrita, implica cambios e interpretación. Así, las fuentes orales son creíbles pero con una credibilidad diferente. La importancia del testimonio oral suele residir no solo en la adherencia al hecho, sino también en su alejamiento. La memoria es un activo proceso de creación de significados. La utilidad específica de las fuentes orales para el historiador no está tanto en su capacidad de preservar el pasado como en la de captar los cambios elaborados por la memoria. (Moss y col 1991; Joutard 1999)

Si bien las entrevistas estaban planificadas de manera flexible a través de guías de preguntas se dio prioridad a lo que se decía más que a lo que se quería escuchar. En algunos casos surgieron así aspectos no considerados para este estudio como algunas circunstancias de vida, soledades y desamparos o proyectos que se

imponían como prioridades a ser escuchadas por la entrevistadora que no dejó de ser una representante del sistema de salud.

En este trabajo se procuró integrar diferentes fuentes porque en la medida que éstas se complementaban, los hechos permitieron ser contrastados y con ello se mejoró la autenticidad y veracidad de las bases documentales y orales. Como señalan Aróstegui (1995) y Joutard (1999), para que la contrastación cumpla su propósito de validar las fuentes, debe contemplar una búsqueda diversificada sobre los diferentes aspectos que hacen al acontecimiento estudiado, en lo posible hasta que se llegue a una "saturación" de los contenidos (o sea cuando esa búsqueda no trae consigo nuevos aportes).

Otro proceso clave fue el de interpretación, proceso que consta en relacionar situacionalmente los datos que emergen de las fuentes, apoyándose sucesiva y simultáneamente en aquello que se va comprobando.

Haciendo referencia a Minayo (2004), la interpretación tiene diferentes momentos:

❖ El primer momento requiere establecer el campo de los determinantes desde el marco teórico y el contexto sociohistórico seleccionado como un todo coherente, relacionado entre sí tomando como centro del análisis la práctica social atravesada por el medio social del cual surge y se manifiesta como fruto de condiciones dadas pero a su vez transformadoras.

❖ El segundo momento, es el punto de partida y llegada de la investigación; es el encuentro con los hechos (lo empírico) y requiere descubrir la significación particular y el papel revelador de los textos. Es el momento del análisis de las representaciones sociales. Este es un proceso hermenéutico buscando palabras, adjetivos, frases, sentidos. Requiere selección, planificación, ordenación de datos, lectura exhaustiva y repetida de los textos, encontrando categorías empíricas para ser contrastadas con las categorías analíticas buscando relaciones dialécticas entre ellas. Se constituye así un corpus de comunicaciones que constituyen un conjunto no homogéneo. Este es el momento de la lectura transversal de cada cuerpo y se identifican y recortan las unidades de registro, se observa, clasifica y comparan los materiales entre si con una lógica unificadora.

❖ El tercer momento, el análisis final, constituye el verdadero movimiento dialéctico. Momento que pone a prueba la hipótesis de la cual se partió, integrando y contrastando los diferentes cuerpos de la investigación con la teoría y su contexto, teniendo en claro que se llega a un producto siempre provisorio.

Esos fueron las etapas que se llevaron a cabo en el este trabajo, seguramente con un producto provisorio y pasible de ser mejorado.

Análisis cualitativo

Fuentes primarias no documentales:

En relación a las fuentes primarias no documentales se consideraron cuatro grandes grupos:

- actores clave en el proceso de desarrollo, puesta en marcha y continuidad de las actividades relacionadas al programa de control y prevención
- miembros de los grupos sociales considerados destinatarios principales de las actividades del programa, desde su concepción como tal.
- personal de salud que conforman los equipos locales de trabajo asistencial en dichas áreas

- personal docente y técnicos agropecuarios que brindan servicios a estos grupos sociales más expuestos.

Las entrevistas se realizaron previo consentimiento o asentimiento informado (según corresponda) y fueron grabadas o escritas. En el proceso de análisis se revisó la necesidad de reformular o profundizar aspectos que surgieron de las categorías encontradas.

Fuentes primarias documentales

Se realizó la recopilación de repertorios documentales, relevamiento y análisis crítico de las fuentes.

- Documentos oficiales y no oficiales del programa de Prevención y Control contra la Hidatidosis (desde el año 1971 hasta la última propuesta escrita en el año 2001)

- Material documental y bibliográfico sobre la historia de la provincia del Neuquén, aspectos sociopolíticos y productivos

- Recopilación de documentos y testimonios sobre la historia del sector salud en la provincia

- Material bibliográfico sobre trashumancia.

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica, subsistema de vigilancia de Hidatidosis (enfermedad de denuncia obligatoria por ficha específica)

- Informe de hospitalización (base de egresos hospitalaria del subsector público)

- Censos 1960, 1870, 1980, 1991 y 2001 con proyecciones inter censales correspondientes a la población provincial desagregada por áreas programa hospitalarias elaboradas por Dirección General de estadística y Censos (INDEC) y con colaboración de la Dirección de Información Subsecretaría de Salud de la Provincia.

- Encuesta Pecuaría provincial. INDEC. Censo nacional Agropecuario y Encuesta nacional Agropecuaria. Periodo 1960-2002.

- Base de datos de productores rurales del Ministerio de Producción de la Provincia del Neuquén

- Leyes y decretos relacionados a la Hidatidosis, a la distribución de tierras y permisos de pastura en zonas rurales ganaderas, a la producción y comercialización de lanas y pelo caprino y a los derechos otorgados a las comunidades de Pueblos Originarios en la provincia

La **Unidad de Análisis** estuvo constituida por cada testimonio escrito u oral relacionado al programa de hidatidosis y su evolución.

El **Universo de estudio** lo conformaron el conjunto de testimonios documentales y no documentales relacionados a la evolución de la hidatidosis como problema de salud en la provincia del Neuquén.

La **Periodicidad** estuvo marcada sobre todo por los cambios en las políticas sanitarias más que por los cambios de gestión en el programa, pudiendo delimitarse tres períodos: 1970 a 1985; 1986 a 1994 y 1995 a 2005

Muestreo: para la selección de grupos entrevistados en estas localidades o parajes, se utilizó un muestreo no probabilístico, intencional, por cuotas y por conglomerados para resguardar la representatividad de las tipologías sociales utilizadas (ver más adelante). El muestreo se realizó a través de informantes clave: agente sanitario, maestro rural, técnico agropecuario y líderes de las Comunidades Mapuches.

Sus limitaciones están dadas porque de entrada la muestra se encuentra sesgada. No todos los sujetos tuvieron la misma probabilidad de ser incluidos en el muestreo, y dicha inclusión dependió de los criterios fijados por la investigadora. Además se produjo un doble sesgo al no poder incorporar testimonios de personas que se mostraron reticentes a firmar el consentimiento voluntario. Por lo tanto los resultados serán representativos y generalizables a la muestra en sí pero no al resto de la población.

No se realizó muestreo de documentos ni de personas a cargo del programa. La totalidad de los testimonios escritos fueron utilizados y analizados. Con respecto a los mentores del programa se accedió a la entrevista de cuatro de ellos y de otras personas consideradas clave que han trabajado en el programa o en relación al mismo, algunos de ellos durante 30 años.

La información cuantitativa (ver más adelante), ésta fue elaborada con la totalidad de los casos notificados de hidatidosis y la información seleccionada aportada por censos provinciales y nacionales; también se utilizaron tablas de otras publicaciones. Todo este material se aplicó con el propósito de complementar la información obtenida desde la investigación cualitativa.

Categorías empíricas documentales:

La observación y análisis de los documentos relacionados al programa estuvo orientada a:

- ✕ Los lineamientos políticos sanitarios y el enfoque del proceso salud-enfermedad-atención:
 - ❖ Nombre del programa, dependencia institucional, periodo cronológico
 - ❖ Propósitos y objetivos
 - ❖ Población destinataria
 - ❖ Estructura y organización en subprogramas
 - ❖ Recursos financieros. Humanos, tecnológicos
 - ❖ Programación de actividades, recursos y relación con otras instituciones
 - ❖ Diagnóstico y tratamiento de hidatidosis humana
 - ❖ Actividades de promoción y prevención (a quienes estuvo dirigida, forma de implementación y materiales de folletería, cartillas, almanaques evaluaciones)
 - ❖ Enfoque epidemiológico (tipo y modo de procesamiento e integración de la información con enfoque poblacional)
 - ❖ Información requerida, flujo y difusión de la información
 - ❖ Indicadores de evaluación e informes de evaluación
 - ❖ Investigaciones generadas dentro del programa o facilitadas o sugeridas desde el programa
 - ❖ Material académico o de capacitación generado

En relación al material documental se realizó:

✕ La recopilación de la información relacionada al programa en sí mismo y los informes de evaluación, que se encontraron dispersos y en propiedad de diferentes integrantes del equipo de salud, para luego realizar su clasificación y ordenamiento cronológico

✕ Se adjuntaron notas y documentos, no necesariamente oficiales, relacionados a planteos "al programa", trabajos de investigación o sobre estudios epidemiológicos realizados por personal de salud de la provincia proveniente de cualquiera de los niveles organizacionales del sector salud.

✕ Se completó la información documental sobre la situación provincial y su historia a través de material bibliográfico publicado o material de consulta no publicado (tesis de licenciaturas y doctorales) que desde la Biblioteca de la

Universidad Nacional del Comahue fueron de utilidad para esta investigación relacionada a: historia tradicional e social en la provincia, desarrollo productivo, legislaciones, ruralidad y campesinado, Dirección de Estadística y Censos de la provincia sobre desarrollo ganadero y su evolución, proceso de urbanización y evolución a través de datos censales de los cambios socioeconómicos y demográficos con especial énfasis en la población rural.

*Se utilizó información epidemiológica sobre hidatidosis humana en la provincia.

*Se buscó material bibliográfico publicado para conocer los intereses más sobresalientes en la producción científico- académica sobre hidatidosis que hablaran de las concepciones del proceso de salud enfermedad vigentes.

Categorías empíricas aplicadas a los productores rurales

La población pecuaria en la provincia fue principal destinataria de las actividades del programa y debido a su heterogeneidad se buscaron estudios sociológicos específicos que permitieran su diferenciación y representación desde los testimonios orales. Se tomó como base el trabajo sociológico de Bendini. (1993, 2004).

Se pudo determinar que dentro de la provincia se diferencian cuatro grupos sociales dentro de la actividad ganadera:

1. **Puestero/peón de campo:** viven tierras fiscales pobres y en viviendas precarias. Su economía es de subsistencia basada en el trabajo familiar. Se dedican a los chivos (caprinos) preferentemente para consumo de carne y según el tipo de caprino, para venta de pelo. Se movilizan a caballo. Y suelen tener pocas cabezas de ganado y combinar su producción con trabajos temporales en estancias o dependientes de otros productores, colaborando en tareas de arreo, esquila, señalada y veranada.

2. **Criancero campesino:** como el anterior se basa en economía de subsistencia con comercialización directa en un circuito paralelo al mercado capitalista. El trabajo sigue siendo familiar Su capital es el capital vivo puede ser caprino, ovino o mixto. Se movilizan a caballo, carro o vehículo alquilado, y en algunas ocasiones, vehículo propio deteriorado. Suele haber actividad extrapredial para ayuda económica, como las artesanías textiles.

3. **Criancero capitalizado:** suele ser propietario con campos de invernada. Cuentan con mejores pasturas y casas de material. Entra en el circuito comercial capitalista en forma directa o a través de cooperativas y programas productivos. Puede introducir mejoras en el ganado y en los campos. El trabajo familiar se desdobra. Hay mayor actividad extrapredial. Se movilizan a caballo y suelen contar con vehículos en buenas condiciones.

4. **Ganadero:** cuenta con los mejores campos y por lo tanto mejores pasturas Sus tierras privadas o fiscales son extensas, con adecuada infraestructura. Se dedican preferentemente al ganado mayor. Hay nula incorporación familiar al trabajo productivo directo. Cuentan con amplia movilidad para sus desplazamientos.

Cada uno de estos grupos puede requerir, según la ubicación geográfica y el tipo de ganado, trasladar los animales a campos llamados de veranada e invernada, para complementar pasturas según las condiciones climáticas. Ese traslado cíclico de los animales a cargo de los crianceros recibe el nombre de trashumancia.

Dentro de las categorías de puestero y criancero campesino se pueden observar pobladores de origen criollo o mapuche. Las características particulares que conllevan las organizaciones sociales y las pautas culturales en estos grupos no se profundizarán en este estudio, considerando que son merecedoras de un estudio específico.

Categorías empíricas aplicadas a los testimonios orales:

Se dividieron en categorías diferentes según:

- *su rol en la implementación del programa: directores del programa, técnicos a cargo de ejecutar las actividades relacionadas a la sanidad animal y equipos de salud locales a cargo del diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados

- *como población destinataria de las acciones en base a representar vivencias según las diferentes tipologías sociales rurales de los crianceros

El tipo de entrevistas en ambos grupo fueron mayoritariamente individuales, pero también se realizaron entrevistas grupales más acotadas, cuando la disponibilidad de tiempo de los entrevistados (equipo de salud local y grupos de crianceros) no permitía entrevistas prolongadas.

En relación a la planificación de las entrevistas se acordaron previamente momento y lugar de reunión. En el caso de los directores de programa y técnicos "perreros" se realizaron entre 1 a 3 entrevistas que significaron 3 horas totales promedio en cada caso. Con los otros entrevistados, el tiempo de entrevista fue de 1 hora a 2 horas. Todas estas entrevistas fueron grabadas con aprobación de los entrevistados.

En cada caso se procedió a la presentación, explicación y al proceso de consentimiento o asentimiento según corresponda y se informó sobre el compromiso en la devolución de la investigación.

Se favoreció un ambiente grato y amable con la finalidad de generar confianza mutua, y se procedió a conducir la entrevista hacia los siguientes tópicos:

Para directores y técnicos: rol, periodo de tiempo en el programa, sus vivencias, dificultades, con quienes trabajaron, como lo hacían, si hubo modificación de las propuestas durante el tiempo que estuvo en función, su relación con otras instituciones, con los equipos de salud y la población rural. Las vivencias institucionales, apoyos, resistencias, alejamiento del programa. Su visión actual, reflexiones, aspectos que hayan considerado no trabajados o pendientes.

Para los equipos de salud y profesionales o técnicos relacionados fuera del sector salud, se comenzó preguntando por su trabajo actual general y específicamente sobre el programa tanto referidas al trabajo de evaluación y desparasitación canina como las acciones que se llevaban a cabo relacionadas al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con hidatidosis. Como han vivido las actividades del programa desde que trabajan en la provincia. Como ha sido la continuidad, integración, disposición, acompañamiento. Percepción actual de la evolución de esta zoonosis, si es o no un problema que denote preocupación actual. Como percibieron la incorporación, en la población rural, de las medidas de prevención propuestas por el programa desde hace tantos años. Como fue el trabajo con otras instituciones como municipio (o su equivalente), producción y educación. Cuales fueron las propuestas locales actuales sobre este problema de salud.

Para los técnicos y profesionales relacionados a las actividades del programa pero que se desempeñan fuera del sector salud (veterinarios y técnicos de municipios o sociedades de fomento, producción, docentes), la guía de preguntas estuvo dirigida más hacia la relación con el sector salud y específicamente con actividades del programa, vivencias previas, trabajo actual en prevención, control y

promoción, según corresponda. En general estas entrevistas fueron más acotadas excepto en pocos casos correspondientes a personas que habían participado en los inicios del programa.

Las entrevistas dirigidas a la población rural, requirieron algunas consideraciones particulares: identificar y contar con la colaboración de informantes clave (agentes sanitarios, médicos y técnicos) para la selección y acercamiento a los grupos de pobladores a los que se definió entrevistar. Dicha selección estaba condicionada por algunos criterios: tipo y edad del/la productor/a, adhesión o no a la desparasitación canina, presencia o no de familiares con hidatidosis, tiempo de residencia en el paraje o comunidad. Se realizaron en su mayoría en los hogares de los entrevistados y en lagunas ocasiones durante las concentraciones de evaluación canina (en estos casos algunas entrevistas fueron grupales). Cada entrevista llevó entre 1 a 2 horas.

Se procedió primero a la presentación, explicación y proceso de consentimiento o asentimiento según corresponda. En casos de encontrar personas que no sabían leer, se procedió a la lectura en voz alta y a las explicaciones necesarias con la presencia de la autoridad de la comunidad (en caso de ser de Comunidades Mapuches) o el agente sanitario que acompañaba en la presentación de la entrevistadora. Se trató de crear un ambiente grato y amable, y acompañar con naturalidad los quehaceres del entrevistado, como, por ejemplo, colaborar en dar la mamadera a los chivitos, o ayudar en el cuidado de los niños.

Las entrevistas en general comenzaron con la descripción de las tareas cotidianas y en especial relacionadas a la cría de ganado y los problemas climáticos dado que estaban siendo afectados por una intensa sequía. Cómo distribuían el trabajo entre la familia, qué pasaba con los hijos, la escuela, las tareas del campo. Si contaban con subsidios para leña, gas, si recibían o no la caja de alimentos, si se beneficiaban con el transporte escolar estatal.

Luego se solicitó que se detalle el trabajo específico con los animales, cómo fue aprendido, si contaban con asesoramiento técnico de producción o desde el municipio, el rol de los perros como perros pastores y mascotas. El destino del ganado tanto para su comercialización como para el consumo familiar. Modo y tipo de faena, su aprovechamiento y destino de los desperdicios, de las vísceras.

A continuación se introducía la temática de cómo era su relación con los servicios de salud, accesibilidad y específicamente sobre la hidatidosis y su relación con las actividades del programa. Se preguntaba, por ejemplo, si había escuchado hablar sobre la "enfermedad de los perros" (denominación popular de la equinocosis e hidatidosis); cuándo, desde quiénes, si sentía que era un problema importante o no; si conocía a alguien con la enfermedad. Se solicitaba que contara lo que sabía o había escuchado sobre la hidatidosis y si esto había llevado a cambiar algunos hábitos. En caso de conocer las medidas promovidas para su prevención (no dar vísceras crudas a los perros, control de vísceras con quistes, cuidados al momento de la faena, desparasitar a los perros que están en el campo y en la casa) cuáles fueron las dificultades para su realización.

Ante respuestas negativas a esas preguntas se procedió con otras relacionadas a la desparasitación canina: si le traían remedios o pastillas para los perros, cada cuánto y si sabía para qué servía, y cómo las administraba.

En caso de ser crianceros trashumantes, se preguntó a qué campos de veranada iban, desde hace cuánto, en qué época salían, cómo era el traslado con los animales, si los acompañaba o no la familia; cómo era la travesía y la estancia en la veranada, cómo se aprovisionan y si en esos meses contaban con visitas del sector salud ante situaciones de enfermedad que requieran atención, controles de salud

(vacunación, seguimiento de embarazadas y otras acciones como la desparasitación canina).

También se preguntó sobre la relación con otras organizaciones o instituciones gubernamentales o no gubernamentales relacionadas a la actividad productiva; y si contaban con actividades económicas extraprediales.

Resguardos éticos:

Según la Ley Provincial N° 2207 para estudios biomédico, se trabajó con procedimientos y formularios de *consentimiento* informado ante las entrevistas de orden individual; y con procedimientos y formularios de *asentimiento* ante el líder de Pueblos Originarios (Comunidades Mapuches) cuando se realizaron las entrevistas a personas integrantes de dichas comunidades. Las entrevistas fueron voluntarias y se garantizó el resguardo y la confidencialidad de las personas así como la devolución a cada comunidad o grupo poblacional que participó en la investigación.²¹

El procedimiento de Asentimiento y Consentimiento Informado se inició con la presentación del proyecto y la obtención del aval desde las autoridades correspondientes dentro del sector público de salud de la provincia y de otras instituciones: autoridades de la Subsecretaría de Salud, Subsecretaría de Producción, Subsecretaría de Educación, Autoridades de Comunidades de Pueblos Originarios y autoridades municipales, director del programa de hidatidosis, jefes de zonas sanitarias seleccionadas, directores de hospitales seleccionados

La metodología llevada a cabo fue diferenciada según el consentimiento individual de cada persona que voluntariamente accediera a ser entrevistada, y el asentimiento otorgado por las autoridades de las Comunidades de Pueblos Originarios seleccionadas (Lonco de las Comunidades Mapuches).

El asentimiento otorgado por el Lonco se obtuvo luego de una visita programada a cada comunidad donde se presentó el proyecto y se esclareció su previa aprobación por las autoridades de salud, quedando el compromiso de la devolución y el cumplimiento de los resguardos éticos explicitados por escrito. Cada Lonco se reservó la selección de las personas de su comunidad a ser entrevistadas según los criterios solicitados por la investigadora pautándose las fechas del trabajo en conjunto.

Programación del Trabajo de campo:

Se trabajó en la selección de los lugares junto a uno de los asesores en el proyecto que es el técnico operativo de campo (uno de los primeros técnicos del Programa).

El cronograma de viajes a los parajes y comunidades que se visitaron se estableció por criterios locales, climáticos, accesibilidad geográfica según época del año y características de la población de crianceros a entrevistar.

Las entrevistas en su totalidad así como el proceso de transcripción fueron realizadas por la investigadora. Se privilegió el uso de grabador, pero si se constataba que la persona era reticente al uso del mismo, se utilizaba como medio alternativo la transcripción textual al momento de la entrevista.

²¹ Se adjuntan en anexo los formularios elaborados para la información a los participantes, el asentimiento a los líderes de comunidades de Pueblos Originarios y consentimiento a los entrevistados

Previo a cada salida se realizaron los contactos con los informantes clave de cada paraje y área programa hospitalaria y se dialogó con el líder de cada comunidad seleccionada para informarle verbalmente y por escrito el propósito de las entrevistas a personas de su comunidad. Fue requisito indispensable para realizar estas actividades, su asentimiento informado²².

Cada salida, en las fechas programadas, consistió en tres días de viaje, de los cuáles dos se destinaron a las entrevistas individuales según las tipologías sociales ya referidas.

Se programaron como mínimo 12 entrevistas totales por viaje, distribuidas de la siguiente forma: seis crianceros /crianceras (en caso de estar la viuda) de las categorías puestero y crianceros; tres crianceros capitalizados y tres ganaderos. Las dificultades que se presentaron en el cumplimiento de la cantidad de entrevistas previstas, tuvieron distintos motivos según los grupos. En el grupo de ganaderos estancieros, se destacan la diversificación productiva en los últimos años y el lugar de residencia fuera de la provincia. Con respecto a los puesteros y crianceros de origen criollo, el obstáculo más importante lo constituyó la resistencia a brindar su firma al consentimiento informado. En dos departamentos (Huiliches y Minas) la confluencia de varios conflictos relacionados a producción, educación, salud y los cortes por reclamos territoriales en varias Comunidades Mapuches, retrasó y en algunos casos impidió la realización del trabajo previsto.

El tercer día se destinó, en algunos parajes, a una tarea complementaria de interés para la investigación: la observación de la evaluación canina, actividad tradicional del programa. La misma consistió en la convocatoria a los pobladores para que llevaran a sus perros a una evaluación diagnóstica parasitológica. La misma se realizó en corrales construidos por el Programa décadas atrás, para ese fin, donde los dueños llevaron a sus perros para ser evaluados a través de la aplicación de una purga.

La sistematización de la entrevista incluyó el contacto con el entrevistado, la forma de abordaje, la guía de preguntas y la cantidad de entrevistas, las cuales se especifican a continuación:

a. Un encuentro inicial donde se presentó el entrevistador, se informó los propósitos de la investigación en forma verbal y escrita (se ayudó a la lectura en caso de requerirse), explicando la confidencialidad de la información y el resguardo de no permitir mediante el texto o material audiovisual empleado llegar a favorecer la identificación del entrevistado. Luego se solicitó el asentimiento o consentimiento informado y se procedió a solicitar autorización para el uso de grabador (explicitado por escrito en los documentos de asentimiento y consentimiento).

b. Cada entrevista se pautó para una duración no mayor de dos horas, pudiendo requerirse hasta tres entrevistas por entrevistado.

c. Se llevó una guía de preguntas escritas y a la vista del entrevistado. Estas guías de preguntas como ya se señaló fue diferente según grupo destinatario.

Es importante aclarar que las mujeres posibilitaron un diálogo más espontáneo. Con los hombres, el curso de la conversación dependió más de preguntas y respuestas. Todos los productores ganaderos entrevistados (excepto un productor capitalizado y un administrador de estancia) provenían de familias que han desarrollado la actividad desde varias generaciones atrás.

²² Asentimiento hace referencia al requisito ético exigido en la provincia de: la autorización escrita por parte de líderes de comunidades de Pueblos Originarios para acceder a las entrevistas en miembros de dicha comunidad; y de autoridades de Organismos Gubernamentales relacionados con los lugares de trabajo de otros actores sociales relacionados.

Lugares visitados:

Se seleccionaron parajes, predominantemente criollos, y las agrupaciones de Pueblos Originarios (Comunidades Mapuches) bajo el criterio de las tasas más elevadas de hidatidosis humana rural. Los mismos se concentraron en los departamentos de Huiliches, Alumine, Minas, Zapala, Loncopue, Chos Malal y Pehuenches.

Otro departamento provincial con alta prevalencia de la enfermedad es el departamento de Catan Lil que se excluye por estar involucrado en otra investigación sobre la misma temática.

Se agrega, por su relación con la historia del programa, el departamento de Collon Cura, en el cual se encuentran Comunidades Mapuches donde la actividad principal es la de crianceros no trashumantes o sedentarios, contrastando con otras comunidades criollas de esa zona donde hay crianceros en proceso de capitalización.

El detalle de los lugares es el siguiente:

Zona Norte, tres parajes: Chorriaca, comunidad mixta de criollos y mapuches (departamento Chos Malal), Las Cortaderas (departamento Pehuenches) y Los Miches, Comunidad Mapuche (departamento Minas).

Zona Precordillerana: Comunidad Mapuche de Huncal y algunas estancias ganaderas (departamento de Loncopue)

Zona Cordillerana Sur: Comunidades Mapuches: Carri Lil, Loncoluan y Ruca Choroi (departamento de Alumine); Comunidad Mapuche de Chiquilhuin, y el paraje de Pilo Lil (departamento Huiliches).

Zona de Sierras y Mesetas Sur: Comunidades Mapuches Gelayco; Wiñoy Folil, Redico y el paraje de Ramón Castro (departamento de Zapala); paraje de Santo Tomás y otras Comunidades Mapuches, Paso Yuncon, Piedra Pintada, Sañico y Zaina Yegua. (Departamento Collon Cura)

Estos viajes se realizaron entre setiembre y diciembre del año 2007.

Entrevistas efectuadas:

Se realizaron entrevistas a:

- *Seis ganaderos (todos de origen criollo y hombres, entre 28 y 80 años)
- *Tres crianceros capitalizados (entre 50 y 77, de origen criollo, dos de ellos hombres)
- *Cuarenta entrevistas a crianceros campesinos (rango de edad de 19 a 87 años, 23 fueron mujeres, y del total 14 de origen criollo).
- *Once peones (rango de edad de 20 a 74 años, 4 mujeres, 6 de origen criollo)

Se aclara que hubo otras diez entrevistas de campesinos criollos que no se incorporaron al análisis por no haber tenido el consentimiento escrito (desconfianza ante el hecho de tener que firmar un papel).

La distribución por departamentos fue la siguiente:

- a. Alumine: 19
- b. Chos Malal: 5
- c. Collon Cura: 8
- d. Huiliches: 3
- e. Loncopue: 12
- f. Minas: 1
- g. Pehuenches: 6
- h. Zapala: 6

Otros grupos representantes de salud, educación, municipios y producción, relacionados con las acciones del programa:

- *Entrevistas grupales (médico a cargo de área programa, director de hospital y agentes sanitarios) en cinco hospitales de los departamentos Huiliches, Minas, Alumine, Loncopue y Collon Cura.

- *Tres veterinarios a cargo de la coordinación de salud ambiental y zoonosis de las tres zonas sanitarias visitadas (departamentos Alumine, Huiliches, Collon Cura)

- *Cuatro veterinarios (en relación a las actividades de zoonosis de municipios, SENASA, producción) y una guardaparque (departamento Zapala y Alumine)

- *Cinco docentes de escuelas rurales (departamento Huiliches, Collon Cura, Chos Malal, Loncopue, Alumine)

Personal del programa: cuatro directores y tres técnicos y un médico relacionado al programa en sus inicios.

Total: 84 entrevistas con consentimiento informado.

Análisis cuantitativo:

En relación al análisis epidemiológico: se consideró caso incidente a toda persona con diagnóstico de hidatidosis y con residencia en el territorio provincial, de cualquier sexo y edad detectada y notificadas a la Subsecretaría de Salud entre los años 1970 a 2005. Desde 1986, esta información fue recabada a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), previamente denominado Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE). Se controló que cada diagnóstico cumpliera con los criterios de definición de "caso"²³ nacionales. El listado de pacientes se chequeó a su vez, con los egresos hospitalarios²⁴ del subsector público de salud para evitar subregistro y sobre registro; de dicho proceso se obtuvo una base única correspondiente al periodo 1986 al 2005. Los datos previos al carecer de bases informatizadas o las fichas de notificación individual en papel, fueron reconstruidos desde los informes de evaluación anuales del programa de Hidatidosis dependiente de la Dirección de Salud Ambiental y Zoonosis de la Subsecretaría de Salud provincial.

²³Caso confirmado: presencia de masa quística (única ó múltiple) localizada en distintos órganos, confirmado por: Visualización directa de escolax del parásito por eliminación a partir de un quiste y/o quiste roto fistulizado al exterior ó confirmación post-quirúrgica mediante radiografía, ecografía y/o TAC, anatomía patológica

²⁴ Se consideraron el primer y segundo diagnóstico de los informes de hospitalización según los Códigos de Enfermedades Internacionales, novena y décima versión.

Para la construcción de tasas de incidencia²⁵, el denominador poblacional utilizado se basó en datos censales por departamento geopolítico según lugar de residencia. Se construyeron tasas específicas por edad y residencia considerando: 1- edad cronológica medida en años simples agrupada en intervalos de 10 años; 2- sexo biológico (femenino/masculino); 3- Lugar de residencia: residencia habitual por departamento, localidad y/o paraje; 4- año de diagnóstico (por las características de la enfermedad no se considera la fecha de inicio de síntomas). Las tasas se trabajaron con el denominador de población rural y también con población general.

Criterios de exclusión:

- Reinfectados por las dificultades pertinentes a establecer claramente que no se debiera a una siembra secundaria por rotura de quistes previos y carecer de los métodos de diagnóstico y seguimiento que permiten esclarecer esta situación.
- Casos que se hayan notificado desde el subsector privado dado el comportamiento errático e irregular que presentó este subsector como establecimientos notificador en la provincia durante este periodo.
- Personas de cualquier sexo y edad con diagnóstico de hidatidosis que tuviesen como residencia otra provincia o país (ejemplo personas con residencia en Chile y que se atendieron en nuestra provincia).

En relación al análisis productivo ganadero: se consideró como indicador de producción ganadera el número de cabezas y tipo de ganado que figuran en el censo y encuestas agropecuarias provinciales.

En relación a indicadores demográficos: se definió población rural (definiciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INDEC): aquella que reside en localidades menores a 2000 habitantes.

Fuentes de información

- Sistema de Vigilancia Epidemiológica, subsistema de vigilancia de Hidatidosis (enfermedad de denuncia obligatoria por ficha específica)
- Informe de hospitalización (base de egresos hospitalaria del subsector público)
- Censos provinciales desde 1960 a 2001 con proyecciones de la Dirección Provincial de estadísticas (DPEYC) y Censos e INDEC
- Encuesta Pecuaria provincial (DPEYC); Censo Nacional Agropecuario y Encuesta Nacional Agropecuaria (INDEC)

Potenciales sesgos del análisis cuantitativo

• Sesgo de Información:

1. No se contó con las mismas fuentes de información entre 1970 a 1985 con las correspondientes a l periodo 1986 a 2005.
2. Durante el periodo 1970 a 1985 hubo cambios en los criterios y posibilidades diagnósticas y estudios poblacionales en algunos departamentos provinciales con búsqueda activa de casos. En cambio en el periodo 1986 a 2005 los procesos de vigilancia y de diagnóstico fueron similares a lo largo de esos años.
3. Además las bases de información presentaron deficiencias por errores en la carga y cambios en los domicilios los cuales pudieron no coincidir con los lugares

²⁵ Indicador epidemiológico que implica relacionar la cantidad de “casos” con la población en la cuál ocurren en un tiempo y lugar específicos.

de exposición a la enfermedad o con el domicilio al momento de adquirir la enfermedad²⁶.

4. No hay adecuada coincidencia cronológica entre censos demográficos y agropecuarios.

- Sesgo de selección: no se pudo garantizar que la totalidad de los "casos" diagnosticados desde el subsector público hayan sido notificados y/o internados. Además se excluyeron los pocos casos notificados de privado.

- Sesgo de confusión:

a) Los cambios productivos ganaderos no pueden ser evaluados solamente desde datos de Censos Agropecuarios Provinciales y Nacionales. Estos datos se consideran que tienen relación con la exposición pero son presentados de manera global y por eso resultan insuficientes para analizar variables socioculturales y productivas de subgrupos de población de regiones geográficas específicas como parajes.

b) Los Censos Poblacionales y sus variables socioeconómicas no contenían información comparable desagregada por parajes y Comunidades Mapuches. Los criterios utilizados en los diferentes Censos, fueron disímiles entre los mismos.

c) La edad y el domicilio de las personas pueden estar desfasados en relación al momento y lugar de exposición.

Ventajas del diseño elegido:

Permitió una comprensión más amplia del problema estudiado al incorporar contextos como parte del estudio y poder situarse históricamente en las diferentes etapas del programa, mostrando la interrelación entre lo macropolíticas, políticas sanitarias, enfoques del programa.

Otro aspecto ventajoso fue el poder observar la repercusión de los vaivenes de las políticas de salud en los grupos locales donde realmente se concretan las intervenciones.

El dar la palabra a las personas que estuvieron directa o indirectamente involucradas en el programa permitió a su vez contemplar su evolución desde un lugar menos impersonal y técnico, más humano, donde contradicciones, luchas de poder y conflicto de intereses estuvieron también en juego.

La exploración y articulación de escenarios diversos, respetando la heterogeneidad de los grupos de población más expuesta y vulnerable permitió una actitud reflexiva más crítica sobre la mirada de la investigadora sobre el sector salud en general y relacionada a la hidatidosis en particular.

Limitaciones del diseño elegido:

Entre las limitaciones generales se encuentran las relacionadas a la multiplicidad de aspectos que se quisieron abarcar en este trabajo y las dificultades de la búsqueda exhaustiva bibliográfica y documental correspondiente.

En relación a la recuperación histórica tanto escrita como oral, tuvo sus problemas de orden metodológicos relacionados con la superposición de la autora,

²⁶ Este sesgo puede ser parcialmente controlado con las fichas de notificación individualizada donde figuran los lugares de residencia previos y puede llevar a otro sesgo que es de clasificación (atribuir a zona urbana un caso rural)

primera como entrevistador, transcriptor y luego analista. En todos esos pasos se juega la intencionalidad y selección de sujetos, materiales escritos u orales, la descomposición en campos o categorías generadas artificialmente, la construcción de la situación histórica desde la lectura interpretativa y el análisis e integración posterior para la comprobación o no de la hipótesis planteada.

La recopilación de documentos, evaluaciones del programa y artículos no fue completa porque: en algunos casos hubo pérdida o destrucción de textos; en otros, se encontraron fragmentos, y en algunas situaciones eran inexistentes (como lo fue la documentación relacionada al Sistema de Salud en la provincia, del cual hay escritos iniciales, segmentados, parciales). En relación a fuentes primarias orales, hubo dos personas a cargo del programa en los últimos cinco años a los que no se pudo entrevistar.

Los sesgos relacionados al entrevistador están dados por la cercanía con el problema de estudio al formar parte de la institución de la cual depende el programa y trabajar en relación con sus actores sociales, aspectos que a veces facilitaron y otras obstaculizaron el acceso a algunas fuentes.

En relación a este tipo de sesgos, es preciso aclarar una limitante relacionada con los contenidos de las entrevistas a los pobladores rurales. En la guía de preguntas no han figurado preguntas que ayuden a explorar otras concepciones del proceso salud enfermedad atención, relacionado a hidatidosis. Tampoco otros problemas de salud que desde la vivencia de los sujetos, necesiten ser contemplados. Estos aspectos se consideran deben explorarse y profundizarse a futuro.

Es considerado insuficiente el trabajo relacionado a los aspectos diferenciales entre crianceros pertenecientes a las comunidades mapuches y crianceros de origen criollo.

Capítulo 1: El mundo geográfico y mundo social ganadero

Introducción.

Muchos de los problemas de salud están relacionados a los lugares y modos en que la gente vive, se desarrolla, trabaja y envejece. La hidatidosis no es una excepción y se encuentra estrechamente vinculada con el mundo rural ganadero. Por lo tanto, comprender las características de los pobladores, la diversidad geográfica en la que se desenvuelven y las características productivas que hacen al trabajo cotidiano, se consideran aspectos necesarios para incorporar en el análisis de dicha enfermedad.

El ambiente, las características productivas y los aspectos socioculturales, se ensamblan y generan relaciones específicas brindando una heterogeneidad que respeta la diversidad geográfica provincial y condiciona a riesgos disímiles entre los grupos sociales.

Estos riesgos diferenciados están referidos a los modos y condiciones de vida, y a las posibilidades de incorporar cambios productivos más eficaces, que acercan o distancian el riesgo de exposición a esta parasitosis.

Para ilustrar esta heterogeneidad en el presente capítulo se describe las distintas áreas geográficas que componen el mundo rural neuquino, los distintos actores sociales que la pueblan, así como sus testimonios referidos a una serie de aspectos que hacen a su propio devenir.

Los trabajos de referencia utilizados para tal fin fueron: la información del Programa Social Agropecuario (2002), y las tipologías sociales descritas por Bendini (1993, 2004).

Desde el punto de vista geográfico se describieron las seis zonas ecológicas que componen la provincia identificando sus particularidades más sobresalientes y posibilidades de desarrollo pecuario.

Para caracterizar los grupos de productores, se tomó de base el trabajo de Bendini, extendiendo las categorías que ella describió específicamente relacionadas a la trashumancia, a productores no trashumantes.

En relación a los testimonios orales, se trató de representar cada grupo social, mostrar diferencias generacionales, algunas perspectivas de género, los valores diferenciados que la marginalidad genera en la relación trabajo/escuela ó trabajo de subsistencia/venta de fuerza de trabajo, el rol de la familia en el trabajo productivo, y su relación con los ciclos naturales.

La provincia y su heterogeneidad territorial:

La provincia del Neuquén es una de las provincias mediterráneas de la República Argentina, ubicada en el extremo Noroeste de la Patagonia. Limita hacia el oeste con la Cordillera de los Andes que la separa de la República de Chile; al norte la provincia de Mendoza; al este la provincia de La Pampa; al sur la Provincia de Río

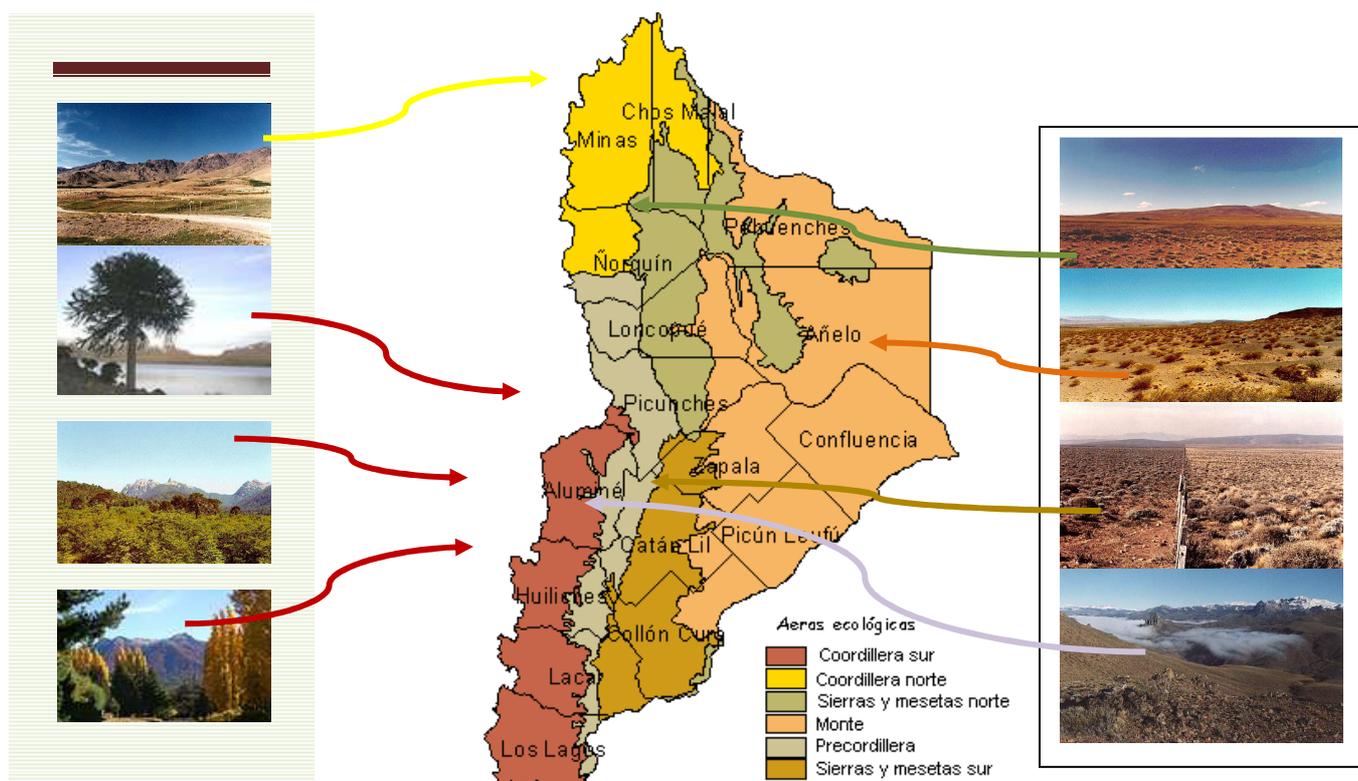
Negro. Su superficie es pequeña, de 94078Km² Tiene baja densidad poblacional (5.5 habitantes por Km² ²⁷).

Se encuentra organizada políticamente en 16 departamentos, cada uno de los cuales cuenta con una localidad cabecera que concentra la población urbana más importante.

Presenta características geográficas y ecológicas muy heterogéneas con deslumbrantes paisajes cordilleranos y regiones áridas que se describen brevemente a continuación poniendo énfasis en las actividades productivo ganaderas que en las mismas se desarrollan (Programa Social Agropecuario. 2002)

Como se muestra en el mapa N° 1, hay seis regiones diferenciadas las cuales tienen condiciones diferentes para la cría del ganado.

Mapa N °1: Zonas ecológicas de la Provincia del Neuquén



Fuente: SSD para la producción ganadera y forestal de la Provincia del Neuquén. INTA, San Carlos de Bariloche, 2002.

La Cordillera Norte, ubicada en el noroeste de la provincia, tiene un relieve montañoso, con cumbres que llegan a alturas entre los 2.000 y 3.000 metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m). Incluye la Cordillera del Viento, y grandes volcanes. Cuenta con importante red hidrográfica y lagos o lagunas de altura. El clima es frío con temperatura media no mayor de 10° C. y las precipitaciones fluctúan entre 600 y 1.000 mm, concentradas en la época invernal en forma de nieve. Dominan los suelos desarrollados a partir de cenizas volcánicas asociados a afloramientos rocosos en las altas cumbres y divisorias de aguas. Son suelos arenosos, bien provistos de materia orgánica con leve a moderado déficit hídrico estival. En las zonas adyacentes a ríos, arroyos y vías de drenaje (mallines) predominan los suelos húmedos, profundos, ricos en materia orgánica y con una capa de agua subsuperficial, propicia para pastizales. Hay amplios sectores muy degradados, con

²⁷ según correcciones de las proyecciones del último censo para el año 2005 (521404 habitantes) según DGEYC

síntomas de erosión hídrica, eólica y sobrepastoreo. En ambientes más protegidos se encuentran pequeños bosques.

La actividad principal es la ganadería extensiva, y gran parte de esta se caracteriza por el sistema de pastoreo trashumante siendo elegida para uso estacional (veranadas). También cuenta con importantes núcleo de plantaciones forestales.

La región de **Cordillera Sur** continúa con la anterior hacia el sur. Su relieve es montañoso, con cumbres que tienen una altura media de aproximadamente 2000 m s.n.m. y numerosos lagos, siendo cabecera de una importante red hidrográfica que desagua al Atlántico. El clima es frío y húmedo, la temperatura media no supera los 10° C. Predominan suelos muy bien provistos de materia orgánica y de nulo a leve déficit hídrico estival. La vegetación está caracterizada por bosques.

En esta región se desarrolla una importante actividad turística, que prevalece sobre los otros tipos de actividades, como la ganadería extensiva y la extracción forestal. Gran parte de su superficie esta bajo la jurisdicción de Parques Nacionales (PN): PN Lanin y PN Nahuel Huapi, y en ella se encuentran varias Comunidades de Pueblos Originarios.

La Precordillera, ocupa la franja este. Se encuentra contigua a la Cordillera Sur, desde el límite de los bosques hasta el sector cordillerano entre los lagos Alumine y Caviahue. El paisaje esta formado por cordones montañosos, sierras y colinas. Esta atravesada por numerosos ríos y arroyos. El clima es frío y subhúmedo, la temperatura media no supera los 10° C, con precipitaciones concentradas en la estación fría. Los suelos son moderadamente arenosos arcillosos no tan ricos en materia orgánica y sufren moderado déficit hídrico estival, pero en las zonas adyacentes a ríos, arroyos y mallines los suelos son húmedos con abundante materia orgánica.

La tierra en general es de propiedad privada, con predominio de explotaciones ganaderas grandes y medianas. La actividad principal es la ganadería bovina y bovina – ovina, con posibilidades de mejoramiento genético y menor necesidad de pastoreo trashumante.

Las **Sierras y Mesetas Norte y Sur** constituyen una franja de sierras, colinas y mesetas, ubicadas a lo largo de la provincia, entre los 900 y 1000 m.s.n.m, de clima árido y frío, con temperaturas medias entre 8 y 10 °C.

Al norte predominan suelos arenosos, con escasa materia orgánica y déficit hídrico anual de moderado a fuerte, con mallines escasos y salados. Toda el área se encuentra muy degradada por la erosión del viento y el agua, siendo el proceso de desertificación más intenso al norte debido al sobrepastoreo. Estas características condicionan las posibilidades de la explotación ganadera, predominando la cría extensiva de caprinos criollos con pocas posibilidades de mejoramiento genético. Sus productores son trashumantes y en general fiscaleros.

Hacia el sur, mejoran las condiciones de fertilidad y la cantidad y calidad de los cursos de agua en cuyas predominan los suelos húmedos bien provistos de materia orgánica y con una capa de agua subsuperficial. La actividad predominante es la ganadería extensiva, principalmente caprina y ovina, las cuales son pasibles de mejoramiento genético para mejorar la capacidad y calidad productivas. En general la propiedad de la tierra es privada y las explotaciones van de pequeñas a grandes; los productores fiscaleros se concentran en las comunidades de Pueblos Originarios.

El **Monte** es el área ecológica más extensa y se encuentra al este de la provincia, sobre un paisaje de bajos que al oeste ingresa en las serranías. Sus

alturas están por debajo de los 900 m s.n.m. y con temperatura media de 13 a 14° C. Predominan suelos arenosos y arcillosos, con muy escasa materia orgánica y un fuerte déficit hídrico anual. En las áreas relativamente bajas los suelos son salinos. Se observan características de erosión combinada eólica-hídrica grave a muy grave y la vegetación corresponde a la estepa arbustiva media con una cobertura total del 20 al 40%.

La actividad predominante es la ganadería extensiva, principalmente caprina con escasa mejoría genética manejada por productores minifundistas que ocupan tierras fiscales y se ven obligados al pastoreo trashumante para combinar pisos ecológicos que permitan su subsistencia como productores.

Prácticas productivas ganaderas y grupos sociales

La heterogeneidad territorial determina en parte las prácticas ganaderas, modos de pastoreo, intereses diferenciados por la tierra y la posibilidad de diversificar o no la producción. Pero también, los grupos humanos condicionan y transforman los espacios donde habitan y se desenvuelven con sus modos de vivir, convivir y trabajar.

A su vez las prácticas productivas, los lugares y las condiciones de vida los acercan o alejan de la posibilidad de enfermar, construyendo un entretejido complejo no fácil de explorar y comprender.

Por eso, para abordar el problema de la hidatidosis en la provincia es necesario incorporar el mundo ganadero y en especial el de la trashumancia dada su estrecha relación con saberes y prácticas productivas y la forma en que el grupo familiar en los ámbitos rurales se incorporan en el trabajo con los animales.

Los productores ganaderos están conformados por diversos tipos sociales que se subdividen son: Puestero, Criancero, como grupos no capitalizados; y Criancero capitalizado y Ganadero como grupos capitalizados. Cada uno presenta diferentes racionalidades en su lógica económica, vivencial y en las estrategias utilizadas para mantenerse, subsistir o progresar.

Dentro de las categorías de puestero y criancero campesino se pueden observar pobladores de origen criollo o mapuche. Sus características particulares que conllevan las organizaciones sociales y las pautas culturales no son abordadas en este estudio.

Estos cuatro grupos sociales tienen las siguientes características:

Puestero/peón de campo: son fiscaleros y residen en tierras en general poco productivas y sus viviendas son precarias. La economía es de subsistencia (casi no manejan dinero, los intercambios se realizan básicamente por trueque), y su circuito comercial se desarrolla por fuera del mercado capitalista. El trabajo es familiar y los niños se incorporan tempranamente a las tareas con los animales. En general la escolaridad esta ausente o es deficiente (suelen dejar la escuela en los primeros años). Su capital es el capital vivo (cabezas de ganado caprino a veces ovino, incluidos el perro como ayudante indispensable en las tareas de arreo). Se dedican a los chivos (caprinos) preferentemente para consumo de carne y según el tipo de caprino, para venta de pelo. Las ovejas suelen ser para consumo familiar. Suelen recibir subsidios del gobierno para gas, leña y cajas de víveres no perecederos.

Criancero campesino: como el anterior se basa en economía de subsistencia con comercialización directa en un circuito paralelo al mercado. Tienen mayor intercambio monetario que el anterior y puede contar con vehículo deteriorado. También viven en tierras fiscales y en viviendas precarias. El trabajo sigue siendo familiar pero puede contratar mano de obra (generalmente puesteros o peones temporarios) y los niños se incorporan tempranamente a las tareas con los animales pero se les prioriza la escuela. En general los adultos tienen escolaridad primaria incompleta y los niños raramente acceden a la enseñanza secundaria. Su capital es el capital vivo que puede ser caprino, ovino o mixto. Incluso pueden tener aves de corral, huerta y algún bovino. Se dedican a los chivos (caprinos) preferentemente para consumo de carne y venta de pelo, los ovinos en general son para comercializar lana y para consumo familiar. Suelen recibir subsidios del gobierno para gas, leña y cajas de víveres no perecederos.

Criancero capitalizado: suele ser propietario de campos, los cuales son de mayor superficie y con mejores pasturas que en el grupo anterior. La vivienda suele ser de material y más cómoda. Entra en el circuito comercial directo o a través de cooperativas y programas productivos. El dinero predomina sobre el trueque y comercializa carnes y lanas. Puede introducir mejoras genéticas en el ganado, recibir asesoramiento técnico sanitario por veterinario y contar con bañaderos, alfalfares y corrales según especies. El trabajo familiar se desdobra. Se privilegia el estudio de los hijos y hay mayor actividad extrapredial (artesanía, huerta, trabajos estatales como agentes sanitarios, promotores de salud, porteros de escuelas, empleados del municipio o de comisiones de fomento).

Ganadero: cuenta con los mejores campos y por lo tanto mejores pasturas. Sus tierras privadas son extensas, con adecuada infraestructura. Se dedican al ganado mayor ó al ganado menor con mejoras genéticas que lo posicionan mejor en el mercado. La incorporación familiar al trabajo directo productivo es prácticamente nula. Suelen acceder a niveles de educación formal universitario. La residencia suele estar fuera del campo y se manejan con empleados calificados. Contratan asesores y veterinario y cuentan con amplia movilidad para sus desplazamientos.

En el caso de los puesteros y crianceros, las actividades productivas se realizan mediante usos y costumbres vinculadas a lazos sociales tradicionales, teniendo como punto de referencia la unidad doméstica de producción vinculada estrechamente a la tierra ya sea como propietario o como fiscalero.

Dentro del grupo de crianceros hay formas de pastoreo y organizaciones sociales que se distinguen pudiendo encontrarse los siguientes subgrupos:

- Los crianceros trashumantes (requieren el desplazamiento de sus animales desde los campos bajos y áridos de "invernada" a los valles altos de "las veranadas" cordilleranas).
- Los crianceros sedentarios (no se trasladan y en general asientan en los campos áridos de la meseta).
- Los crianceros agricultores (no requieren desplazarse ya que se encuentran ubicados alrededor de pequeños arroyos y mallines donde la ganadería se complementa con algunos cultivos precarios como pasturas, cereales, hortalizas).

El grupo de productores no capitalizados trashumantes y sedentarios (criollos y pertenecientes a las comunidades de pueblos originarios ó Comunidades Mapuches) se consideran los grupos más expuestos a la convivencia con el ciclo del parásito y en donde los determinantes socioeconómicos y culturales así como la

accesibilidad diferenciada a los servicios de salud condicionan su vulnerabilidad social.

Los crianceros trashumantes se desplazan solos o con sus familias con una periodicidad regulada por el ciclo de estaciones y la duración de las distancias a recorrer pueden llegar hasta 200KM, teniendo como propósito complementar diferentes pisos ecológicos para ofrecer adecuadas pasturas a sus animales.

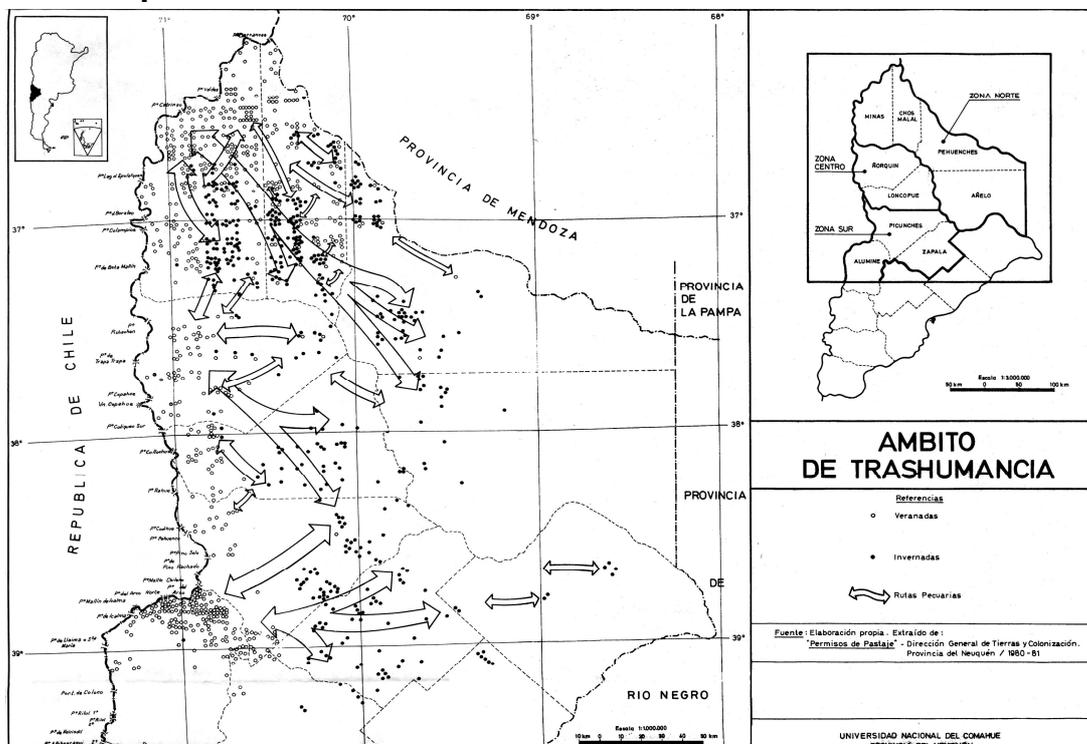
Las rutas de trashumancia predominan en zona cordillera norte, norte de cordillera sur, precordillera, meseta norte, norte de meseta sur y norte de monte. (Mapa N° 2)

Originariamente el desplazamiento anual constaba de tres o cuatro movimientos y sus orígenes se remontan a los primitivos asentamientos poblacionales de cazadores y recolectores de piñones.

Con el tiempo y en torno a la actividad ganadera fueron adoptando la trashumancia favorecidos por la cercanía a Chile a través de pasos cordilleranos desde donde se establecía el circuito comercial principal a fines del siglo XIX. Desde la "Campaña del Desierto" a la actualidad estas comunidades pastoriles han sufrido el desplazamiento territorial hacia tierras marginales afectando su organización social, productiva y comercial, llegando a la subordinación y disciplinamiento a través de regulaciones provinciales y nacionales.

El ciclo trashumante en general consta de un circuito bien establecido que genera una ruta pecuaria condicionado por la ubicación de los campos de veranada, e invernada. En el mapa N° 2 se muestran las rutas pecuarias provinciales.

Mapa N° 2: Rutas de trashumancia.



Fuente: Bendini y col 1993 p.22

La veranada corresponde al desplazamiento del ganado en los valles de altura (ascendiendo en general a 1200 m) para pasturas y aguadas durante los meses cálidos, mientras que la invernada se desarrolla en mesetas y valles

inferiores en los cuales los pastos y el agua son sumamente escasos a fines de la primavera.

La primavera, es la tercera estación establecida y suelen tenerla los crianceros con posibilidad de capitalizarse y los ganaderos, permitiendo una parada intermedia para fines comerciales, sanitarios, o productivos (parición y esquila).

La ruta pecuaria es bastante fija para la mayoría, aunque han sufrido modificaciones a lo largo de los años debido a los alambrados de predios de propiedad privada o a las áreas declaradas de reserva forestal. Otros cambios ocurrieron por crecimiento de poblados y razones climáticas.

Los circuitos tienen según la zona, diferente grado de dificultad produciendo recorridos que demandan un tiempo que puede ir de pocos días hasta un mes. La velocidad de circulación está condicionada por el tipo y número de cabezas de ganado, generalmente mixto, su estado sanitario y posibilidades de movilidad y desplazamiento del grupo familiar, sea a caballo, a mula, carro o vehículo (muchas veces alquilado).

Entre octubre y diciembre se produce la ida a la veranada, dependiendo de las últimas nevadas. Por lo tanto el clima, el deshielo y crecida de ríos, pariciones, condicionan fuertemente el momento de partida y llegada.

El descanso, al llegar la noche, se hace en los "alojos" que generalmente son bastante fijos y pueden ser sumamente precarios dependiendo de la capitalización alcanzada por el criancero. Tanto en el ascenso, estada como en el descenso pueden sufrir pérdida de animales por cuestiones climáticas, desbarranco o robo.

Su capital cultural²⁸ se ve a través de las labores, hábito del trabajo, su manera de entender la utilización de los recursos productivos determinando las tareas, su organización y las relaciones sociales.

El área destinada a la trashumancia funciona como un espacio abierto, a través de los canales establecidos para la venta de los productos como: pelo, lana, carne, cuero. Estas redes comerciales son débiles y mantiene un relativo aislamiento físico y se combinan con las migraciones que se generan a través del trabajo asalariado y que pueden o no producir retornos parciales o totales a las unidades de producción doméstica.

En la vida de los crianceros, los perros son acompañantes necesarios y cubren algunas de las tareas sobre todo para el arreo y la búsqueda de animales perdidos. Se podría decir que forman parte de la unidad doméstica productiva.

Según los momentos sociopolíticos y las crisis sucesivas, los procesos de diferenciación de los crianceros se han ido acentuando aumentando las actividades extraprediales y la diversificación de tareas en algunos casos, migración de jóvenes en otros, subempleo encubierto y aportes económicos de subsistencia con políticas sociales clientelares como subsidios, caja de alimentos y aporte de leña, vales de gas y pasturas. Sosteniéndose en época de crisis, en la unidad familiar que actúa como soporte manteniéndose en el tiempo la continuidad intergeneracional de sus formas de trabajo, el apego a la tierra y a los animales.

El ganadero o estanciero es empresario con casi nula incorporación de trabajo familiar, dedicándose a las decisiones políticas de la empresa, tareas de supervisión y control del campo. Puede contratar capataces y peones y pueden introducir

²⁸ Capital cultural comprendido como el activo intangible que moviliza a individuos y colectivos sociales en sus estrategias y emprendimientos. (John Durston, Capital Social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe, CEPAL, p:150)

mejoras con incorporación de tecnología que ayudan a mejorar pasturas, resguardar el ganado, conseguir mejoras genéticas de las especies, obtener control sanitario y asesoramiento calificado.

Estas mejoras y los alambrados de campos pueden evitar que requieran de las veranadas, pero en caso de necesitarla lo hacen en función de peones (puesteros) contratados o familias de crianceros. Generalmente son propietarios de campos o adjudicatarios. El ganadero y su familia se independizan del trabajo directo y suelen instalarse en centros urbanos cercanos a los campos. Su actividad productiva tiene alcance en el mercado local, extraprovincial o internacional.

Por lo tanto los crianceros trashumantes y sedentarios, sin capacidad de capitalizarse, presenta una problemática no sólo territorial, sino también social y ambiental, donde la pobreza rural se convierte en estructural y las prácticas de subsistencia ayudadas por las políticas sociales clientelares le impiden la incorporación de cambios productivos que puedan ayudar a combatir el desgaste de los campos y la falta de agua, las que requieren políticas productivas alternativas y diferenciales.

Actualmente los pequeños y medianos productores y algunas Comunidades Mapuches están organizándose (con grados de desarrollo disímiles) en mesa campesina, mesa caprina, asociaciones rurales de base, buscando apoyo técnico, o formando cooperativas que aun están en proceso de consolidación y fortalecimiento (Bendini y col 2004).

A fin de conocer la mirada de estos particulares actores sobre el significado de la tierra, de los animales, la transferencia intergeneracional de la práctica y las diferentes expectativas generacionales; las dificultades de la vida cotidiana y lo que implica como movimiento y vivencia la trashumancia, se escogieron algunos testimonios orales. Los mismos se presentaron tratando de respetar los grupos sociales, cuestiones de género y las diferencias generacionales.

Crianceros campesinos, trashumantes y sedentarios, sus testimonios:

Las diferencias entre los grupos aquí descriptos, tienen que ver con el valor que le dan a la tierra y a los animales, el rol familiar, los cambios generacionales y perspectivas de género que desde la cotidianeidad se fueron construyendo según las posibilidades materiales y socioculturales de cada uno.

Se exponen a continuación testimonios de crianceros y puesteros para luego continuar con los grupos capitalizados.

Los crianceros y crianceras tienen incorporada a su identidad la tierra, los animales y los ciclos de la naturaleza. Se sienten parte de la misma sobre todo en las Comunidades Mapuches donde los antepasados, sus cementerios y las luchas territoriales se explicitan como criterio indiscutible de pertenencia al lugar donde habitan.

"Soy criancera y sí, este es mi puesto pué...vine acá cuando me casé...en esta casa de piedra que hicimos con mi marido, más calentita que las otras...mi mamá nació en Huncal y donde hay dos sauces esta enterrada, era mapuche..."

(Mujer, 73 años, criancera mapuche de Cerro Mocho, Huncal, Loncopue)

La invasión, el desplazamiento, el valor de uso, la cosificación, que han vivido estas comunidades, sigue aún sin resarcirse y los valores y sentires que desencadenaron hace tiempo se mantienen por transmisión intergeneracional.

"...tengo la tapera en donde vivían mis padres...tiene un cementerio mapuche cerca...y el gobierno provincial no nos quería reconocer como propietarios, y nos hizo pelearnos como pocos....el Huinca²⁹ fue un usurpador....recuerdo historias que contaba mi tártara abuela....hubo casos en que se vendía la estancia con la gente vieja dentro...nuestra vida son los animales y los recursos nuestros."

(Mujer, más de ochenta años, no pudo precisar su edad, mapuche de Gelayco, Zapala)

El reconocimiento de estas comunidades como tales, por parte de las autoridades gubernamentales, no fue simultáneo en todo el territorio y aún queda la sensación de ser un proceso inconcluso.

"...el valor está en la tierra....tiene las raíces, los cementerios en la tierra y como mis antepasados pienso que los de afuera vienen invadiendo....aunque en el año 1988 tuvimos reconocimiento provincial como comunidad, no todo es color de rosa, porque igual sigue la lucha....por ejemplo si uno tiene un hijo que sale por un año a trabajar, ya perdió el derecho para tener su tierra y somos concientes que la tierra es nuestra...además otro requisito del título de propiedad es que no se consideran ampliaciones, pero la familia crece y necesitamos tierra para nuestros hijos..."

(Hombre, 45 años, ex Lonco, mapuche de Carri Lil, Alumine).

La vida toda, parece poder resumirse en muy pocas palabras a modo de sentencia.

"... vamos a todos lados a caballo...me crié a caballo y voy a morir a caballo..."

(Hombre, 51 años, mapuche de Carri Lil, Alumine)

"...yo vengo de familia de crianceros, siempre tuve animales y me voy a quedar hasta que me muera..."

(Mujer, 62 años, criancera mapuche de Zaina Yegua, Collon Cura)

A veces la soledad cotidiana, lleva a considerar como únicos compañeros a los perros, los que al mismo tiempo brindan una ayuda inestimable en las tareas rurales.

"...Los perros son los compañeros del campesino y ayudan al arreo...de chiquitos se les enseña a buscar las chivas..."

(Mujer ,22 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

Los ciclos de la naturaleza están como inscriptos en el comportamiento de los animales, y a la vez determinan la propia actividad y trashumancia de estos particulares productores.

"...vivimos todo el tiempo al ritmo de los animales, vamos viviendo así al llegar la época de veranada, los animales se van solos...cuando uno no cuida a los animales no tenemos nada..."

(Mujer, 60 años, criancera criolla de Chorriaca, Pehuenches)

Fue frecuente escuchar como parte de la presentación, la descripción de cuantos animales tenían, como informando así su posición y posibilidad productiva.

²⁹ Huinca en mapuche significa hombre blanco

"...Tengo 50 chivas madres, muchas murieron; algunas ovejas, tres corderitos y dos corderos guachos, algunas vacas y caballos...los tengo que llevar a la veranada sino se van solos... allá vamos a caballo y tardamos varios días..."

(Mujer, 73 años, criancera mapuche de Cerro Mocho, Huncal, Loncopue)

Suelen tener piños (majadas de chivos) de tamaño variable considerando que el número de chivas hembras que equivalen a su capital máspreciado dado que de ellas dependerá el número de chivitos de cada año. Su capital ganadero se completa con algunos vacunos y una tropilla de caballos; siendo estos últimos para algunos productores su único medio de transporte.

En algunas regiones es poco el ganado ovino que poseen. Los chivos en la zona norte son fundamentalmente del tipo criollo por su resistencia a las condiciones climáticas; este tipo de chivo tiene valor en su carne y poco valor en el pelo.

El problema de la desertificación, las sequías de los últimos años y las nevadas escasas y tardías, el sobrepastoreo, trajeron consigo problemas serios para mantener saludable el ganado. Ellos notan que las diferencias materiales con productores criollos capitalizados, los coloca en desventaja a la hora de negociar precios y buscar compradores.

"...el campo se va desmejorando y la mayoría de los crianceros criollos con los que trabajo en la mesa campesina, tienen sus vehículos y es bastante importante la cantidad de animales que tienen a comparación de nosotros. Ellos tienen arriba de 1000 chivas madres y 250 vacas entonces pueden manejarse de manera independiente...en la comunidad de Huncal muy pocos tienen vehículo y tienen muy pocos animales, la mayoría recibe subsidio de la provincia, la caja de alimentos, vale de gas para la garrafa y la leña...hace 3 ó 4 años que lo vienen trayendo...antes todo esto lo recibían muy pocas familias..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

En relación a la sanidad animal la posibilidad de las consultas con personal de la Subsecretaría de Producción Agropecuaria sufre las mismas asimetrías que para los subsidios estatales. Es frecuente que realicen consultas particulares a veterinarios y se organicen para la compra de vacunas.

"...nosotros no recibimos subsidios y nos ayuda la caja de alimentos...tampoco viene nadie de producción por los animales...y no llegamos a incentivo ganadero..."

(Hombre, puestero, 22 años, criollo de Chorriaca, Chos Malal)

El personal de producción y el incentivo ganadero están destinados a los productores que habitan las zonas más prósperas y donde es posible la mejora genética caprina y ovina. La zona de cordillera, meseta y monte del norte no lo recibe.

"...Nunca vienen los de producción y por nuestra cuenta tenemos que consultar al veterinario y comprar las vacunas, comprar el forraje, maíz...no recibimos subsidios y el incentivo ganadero no nos toca..."

(Mujer ,40 años, criancera criolla, Chorriaca, Chos Malal)

La tarea, luego de la parición, consta no solo en resguardar las chivas que deben amamantar, también deben cuidar que no mueran los chivitos, corderos y si tienen, los terneros. Es frecuente ver a mujeres y niños trabajar en los corrales para darles la mamadera uno por uno. En la supervivencia de esos animalitos se juega el futuro capital vivo. Desde su mirada, deben asegurar un buen número de

sobrevivientes para garantizar la propia subsistencia. No está en su lógica productiva tener menos animales y mejor abastecidos, el capital se ve en la cantidad.

La leche que utilizan suele ser la de la caja de alimentos que entregan las agencias de gobierno, sea Desarrollo Social o la Subsecretaría de Salud. A esto se agrega la falencia de servicios básicos y la carencia de elementos tan indispensables para la vida como lo es el agua. Muchas de estas familias están sumergidas en la marginalidad y aislamiento social.

"...con la alta mortandad de los animales quedaron muchos chivitos guachitos que hay que darles la mamadera dos veces al día y hay muchos problemas con el zorro...además el agua no abunda y si bien hay paneles solares no tenemos heladera y nos falta gas que ahora hay que ir a buscarlo..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Las Cortaderas, Pehuenches)

El trabajo se transmite de generación en generación y en la tarea cotidiana con los animales. Es frecuente observar que alguno de los hijos, en general de los hijos varones, queda a cargo de ese legado cultural y productivo. Tanto jóvenes como adultos suelen relatar situaciones similares.

"... ahora me quedé sin papá y estoy a cargo de todo...tengo un solo perro y nos arreglamos...."

(Hombre, puestero, 20 años, mapuche de Zaina Yegua, Collon Cura)

"...de chico aprendí el trabajo, tengo 70 chivos, 120 ovejas y 40 vacas...los chivos los comparto con mi hermano...mi hijo más chico me ayuda..."

(Hombre, 51 años, mapuche de Carri Lil, Alumine)

"...Nos criamos con los animales, salíamos a la mañana en tierras hasta la noche...lo hacía a pié, salvo a la veranada que como quedaba muy lejos iba a caballo... ahora sigo con los animales, vendemos lana y pelo y carneamos para nuestro consumo una ó dos veces al mes...vivo con mi papá y siete hijos...el hijo de veinte años se quedó con los animales..."

(Mujer, criancera, 53 años, mapuche, Carri Lil, Alumine)

El trabajo de criancero es cíclico, mantiene el ritmo de los animales y las tareas se diferencian según el trabajo requerido en cada etapa. El tiempo no se mide ni en horas ni minutos sino en semanas y estaciones.

"...vivo con mi papá y mis hermanos...los varones nos quedamos en los puestos...me levanto temprano, llevo los animales...voy a caballo o a pie con el perro que me ayuda para que los animales no se pierdan...el estar señalados³⁰ ayuda... así paso todos los días...parición, esquila, señalada, veranada, cuidado de los reproductores³¹..."

(Hombre, criancero, 20 años, mapuche de Ruca Choroi, Alumine)

El trabajo familiar resulta indispensable y en él concurren también los niños los que, al tener que ocupar su tiempo en las tareas rurales, entran en contradicción con su formación escolar. La relación entre trabajo y educación se vuelve una antinomia que se resuelve a favor del trabajo infantil.

³⁰ Un animal señalado es aquel que tiene una marca particular que le imprimen sus dueños para diferenciar las majadas y piños. La época de la señalada ocurre antes de la veranada y se marcan los animales nuevos nacidos meses antes durante la primavera.

³¹ Durante el invierno se separa a los reproductores para que la cópula no se dé en cualquier momento. Si los animales quedan preñados y su parición se anticipa, las inclemencias climáticas pueden disminuir notoriamente las chances de sobrevivida.

"... de chica ayudaba a mi mamá con los animales y las pasturas...iba al colegio pero tenia que faltar a veces, sobre todo en la época de la parición, en primavera como ahora que armamos el corral para los chivos chiquitos y los amamantamos para que no se mueran....los hombres están en el campo en el arreo con los perros...a los perros se les enseña desde chiquitos, otros perros les enseñan el arreo..."

(Mujer, 19 años, criancera, mapuche de Cerro Mocho, comunidad de Huncal, Loncopue)

En general no cuentan con la posibilidad de tener peones y el arreo queda a cargo de los hombres e hijos varones y en los casos de mujeres crianceras que han enviudado, son ellas las que se movilizan con el piño. Para poder llevar a cabo esta tarea necesitan obtener el permiso a la veranada que es un trámite personal de renovación anual, y que no es transferible.

Algunos realizan actividades extraprediales como changas o artesanías, pero muy pocos cuentan con trabajo en "blanco" ya sea por el escaso control laboral o porque usufructuar del mismo les impide acceder a los subsidios estatales.

Su economía de subsistencia es complementada por subsidios del gobierno, vales de gas, leña y a veces forraje. Pero la distribución de estas ayudas no es equitativa siendo infrecuente o parcial en las zonas más pobres como en las comunidades y parajes de los departamentos Zapala y Pehuenches. La caja de alimento tiene una distribución más amplia. El problema del agua en muchas de estas zonas desérticas es muy sentido.

Este problema es referido sobre todo por las mujeres que se encargan de las tareas de la casa, el cuidado de los animales, deben lavar la ropa y si pueden mantener la huerta.

"...recibimos subsidios del gobierno y la caja de alimentos, pero hace más de seis meses que no nos traen el agua desde el municipio de Zapala...el agua de los pozos acá es muy salada...y tampoco tenemos heladera, ni paneles solares, no hay electricidad....nos sentimos aislados..."

(Mujer, más de ochenta años (no pudo precisar su edad), mapuche de Gelayco, Zapala)

"...intentamos con la huerta pero algunas plantaciones tiene problemas por el agua y los vientos...este año los primeros vientos del otoño arruinaron los invernaderos comunitarios, no quedó nada..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal).

En cuanto al habitat de estos pequeños productores debemos señalar que las viviendas de los crianceros campesinos, muestran a simple vista la pobreza estructural en la que viven y las características de la tierra en las zonas de monte y meseta. En estos lugares se encuentran casas construidas por el gobierno provincial en los años ochenta como parte de las políticas implementadas para mejoramiento rural (Figuras 1 a 6).

En muchas de estas comunidades y parajes han quedado pobladores adultos y adultos mayores siendo una preocupación generar dispositivos sociales y de capacitación formal para que los jóvenes puedan desarrollar otras actividades que sean más acordes a sus expectativas y generen progreso económico local. Una de las estrategias sentidas como más valiosas es la capacitación que permita diversificar y aprovechar los recursos naturales como promotores de turismo, técnicos agropecuarios, guarda faunas.

Las posibilidades de ser escuchados y tener oportunidad de diálogo con las autoridades del gobierno provincial, suelen ser escasas y poco afortunadas, llevándolos algunas veces a intentar ejercer sus derechos a través de enérgicos actos de protesta.

"...no solo pensamos en la salud, hay otros problemas como con los animales, el asunto de la educación, mejorar caminos, el transporte escolar....logramos tener preescolar golpeando puertas en el distrito...llegamos a tomar la oficina para que se nos escuche....ahora queremos traer escuelas terciarias como técnicos en turismo y agronomía.... Con la educación más amplia para nosotros es mejor futuro y podemos hacer que los hijos no se vayan..."

(Hombre, 45 años, ex Lonco, mapuche de Carri Lil, Alumine)

Figuras 1 a 6: Casas, ranchos y rucas de crianceros campesinos y peones.



Fuente propia, Fotos tomadas por la autora.

La desigualdad de oportunidades relacionadas con la educación es muy evidente, las barreras físicas y socioeconómicas hacen que muy pocos adolescentes y jóvenes puedan continuar sus estudios más allá de la escolaridad primaria.

"...la mayoría de los chicos ahora terminan la primaria, pero a la secundaria van muy pocos. De diez chicos que terminan la primaria, irán con suerte dos a la secundaria...tienen que ir al pueblo y no todos terminan porque no tienen medios, transporte, plata para el alquiler o no se dispone de albergues..."

(Hombre, 45 años, ex Lonco, mapuche de Carri Lil, Alumine)

Los padres y madres, sienten que no es buena la enseñanza primaria que reciben sus hijos. Lo que se siente cuando transmiten este tipo de experiencias es que el Estado a través de educación más que darles formación para permitirles un progreso, los condiciona a fracasos sucesivos. Esta pérdida de la calidad educativa se agrava por las interrupciones que sufre el ciclo escolar debido a los factores climáticos y a los conflictos gremiales o ausencia prolongada del personal educativo.

"...por el invierno muy crudo pierden días de clase y además falta mantenimiento en las escuelas...este año los padres tomaron la decisión de no hacer pasar de grado a los chicos porque la enseñanza es pobre y entre que les cuesta adaptarse y no salen bien preparados, fracasan...."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

Sin embargo, y a pesar de las duras condiciones de vida, estos crianceros, en especial los mayores, prefieren este escenario al que le propone la vida urbana. En general las personas mayores añoran vivir con sus animales, la vida de la ciudad les resulta más complicada. Algunos, que en algún momento emigraron, han vuelto luego de intentar otro tipo de vida en las ciudades de la provincia o en otras provincias, retomando la vida de crianceros/as.

En cambio, los jóvenes desean dejar la vida de crianceros y contar, entre las alternativas, con un puesto de trabajo en el Estado. En algunos casos, esto trae aparejado cambios en las perspectivas del trabajo de subsistencia familiar, produciendo rupturas y distanciamiento cultural entre padres e hijos. El conflicto se centra entre el valor que tiene para unos el trabajo de criancero con base familiar y el valor que tiene para los jóvenes la legitimación económica a través de la venta de fuerza de trabajo, por ejemplo en el Estado.

"...a mi me gustaría vivir en el pueblo, trabajar de cualquier cosa y ganar plata....con los animales no se gana nada..."

(Hombre, criancero, 20 años, mapuche de Ruca Choroi, Alumine)

"...si pudiera cambiarme a un cargo del Estado... estoy cansado del campo, es un trabajo solitario y de mucho sacrificio...los perros son mi única compañía en el campo..."

(Hombre, puestero, 22 años, criollo de Chorriaca, Chos Malal)

Por el contrario hay generaciones intermedias que desean brindar otro futuro a los hijos, fuera del ámbito rural, pero al mismo tiempo plantean la necesidad de que alguno de ellos continúe con el trabajo del campo. Esta contradicción genera también desigualdades entre los miembros de la propia familia.

Muchas veces se expresa como un logro, el haberles brindado una educación que les permitió tener oportunidades laborales diferentes.

"...vivo con mi señora y cinco hijos...el más chico de los varones trabaja conmigo en el campo...los otros son policía, portero en la escuela....estoy contento que trabajen de otras cosas..."

(Hombre, 51 años, mapuche de Carri Lil, Alumine)

La esperanza que alguno de los hijos quede a cargo de los animales y guste de ese trabajo, también es transmitido por las mujeres.

"...yo quiero el trabajo que hago, me gusta, pero a los chicos les gustan cosas distintas...me hago la esperanza que al más chico le guste criar chivos...mi hija quiere estudiar e irse al sur y mi hijo más grande no pudo terminar la secundaria..."

(Mujer, 35 años criolla integrada a comunidad de Wiñoy Folil, Zapala)

En cuanto al grado de instrucción debemos señalar que en general las personas de más edad son analfabetas ya sea por no haber asistido a la escuela o por desuso. Actualmente los niños y niñas asisten al colegio faltando, a veces, en la época de la parición (primavera). En general cuentan con transporte escolar provincial que se encarga de llevarlos diariamente a la escuela, ó, para aquellos más alejados, quedan albergados en las escuelas y el transporte los retira a inicio de la semana y los regresa a sus casas los días viernes.

Esto habla de un cambio que viene dándose en las últimas décadas y del mayor valor otorgado a la escolaridad por sobre el trabajo en el campo, donde los niños entraban a formar parte desde corta edad.

Los crianceros veranadores, según las distancias, pueden necesitar de dos y hasta treinta días para realizar la recorrida a caballo, sobre todo los que habitan la zona noroeste. Suelen movilizarse con la familia y sus cosas (cobijas, utensilios, comida, hasta gallinas y gatos), para lo cual alquilan camiones que cobran entre 50 a 100\$ cada viaje.

Con respecto a la veranada, esta es una actividad que despierta sensaciones encontradas entre los miembros de la familia. Las mujeres hacen referencia, en relación a la misma, a un valor social e incluso a una mejor calidad de vida explicitada en los niveles de sociabilidad compartida con otras familias y en la ruptura de la monotonía de las tareas realizadas a lo largo del año. En cambio en los relatos de los hombres solo esta presente la descripción de las dificultades en la travesía o el trabajo con los animales.

"...cuando vamos a la veranada estoy deseando la ruca³², el fogón...es menos trabajo, es como estar de vacaciones, el clima es más sano, hay agua, luz, leña, juntamos piñones y otros frutos silvestres; los chicos ordeñan y hasta hacemos ricota....cambiamos la dieta....vamos a la veranada en camioneta que alquilamos....los hombres van a caballo, con los animales..."

(Mujer, 35 años criolla integrada a comunidad de Wiñoy Folil, Zapala)

En la época del año en la que se realizaron las entrevistas, varias familias se preparaban para la veranada. Las imágenes que siguen son parte de este movimiento y muestran arros y campos de veranada. Es habitual que el traslado familiar se realice actualmente en camionetas viejas donde no solo la familia se transporta, sino que también lo hacen los animales pequeños que no sobrevivirán si tienen que ser arriados durante varios días en condiciones de sequía.

Figuras 7 a 9. Campos de veranada cercanos a Varvarco.



Fuente: Fotografías extraídas de Internet, página de turismo Varvarco (22 de marzo 2009)

³² Ruca: vivienda mapuche de forma más redondeada y construida por ramas con varias aberturas en el techo y con la puerta principal al este. Tiene un fogón central construido por piedras.

Figuras 10 a 12 Crianceros trashumantes campesinos saliendo a la veranada en Chos Malal.



Fuente: propia. Fotos tomadas por la autora.

Figuras 13 a 15. Diferentes momentos durante el camino a la veranada



Fuente: Fotos tomadas por la autora y extraídas de Internet página de turismo Chos Malal, 22 de marzo 2009.

La división del trabajo dentro de las familias es más notorio en los casos en que la mujer y los niños pueden separarse de la veranada, priorizando la escuela y las actividades extraprediales.

"...mi marido va por 4 ó 5 meses, yo no puedo por los chicos y la escuela, la huerta y las gallinas.... Así que vamos de vez en cuando....ir a la veranada es lindo, ordeñamos vacas, hacemos quesos, estamos más en sociedad, la veranada nos junta..."

(Mujer 31 años criancera, mapuche de Loncoluan, Alumine)

Para las mujeres el salir de la rutina y el aislamiento social que les impone el crudo invierno, hace que la veranada sean meses de encuentro con familia y vecinos.

"...en la veranada la gente se junta con la familia...les hace bien.... Estamos todo el tiempo al ritmo de los animales, vamos viviendo así..."

(Mujer, más de ochenta años (no pudo precisar su edad), mapuche de Gelayco, Zapala)

Es importante llegar primeros para tener mejores pasturas. Los campos suelen ser los mismos que por generaciones cada familia ha habitado y los caminos han sido cercados por campos privados sobrecargando los callejones de la ruta de trashumancia con el sobrepastoreo.

"...a la veranada van los hijos, a caballo y tardan entre 15 a 20 días...llevan además un caballo carguero con mantas y cobijas...tienen que salir en noviembre al inicio porque si llegan últimos ya no quedan buenas pasturas... tenemos que llevar muchas veces bidones de agua para el camino..."

(Pareja de Crianceros, mujer de 70 años, hombre de 51 años, criollos de Las Cortaderas, Pehuenches)

Durante los días que lleva el camino, tienen los alojos o descansos a la vera de la ruta o duermen a la intemperie y el problema del abastecimiento del agua se reitera en diferentes testimonios.

"...vamos a la veranada cerca de las lagunas y el camino nos lleva cerca de 9 a 12 días a caballo...en el camino hay problemas con las pasturas y con el agua, sobre todo si no somos los primeros en llegar..."

(Hombre, puestero, 22 años, criollo de Chorriaca, Chos Malal)

La obtención de permisos de veranada, intransferibles, y constituyen trámites personales para los crianceros criollos, en cambio las comunidades mapuches lo hacen a través de su líder, el Lonco.

"...los permisos de veranada se hacen en nombre de la comunidad, del Lonco, que es nuestro representante...la mayoría vamos a Cajón Chico...se movilizan las familias..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

Con la veranada nuevamente se pone a prueba la educación ya que la falta de escuelas rurales móviles, es un problema sentido por crianceros más pobres y que habitan lugares más inhóspitos donde los ciclos escolares son inversos al ciclo lectivo urbano tradicional.

"... estamos peleando por la escuela rural móvil que antes estaba...hace 20 años...esperamos que este año pueda salir porque sino los chicos interrumpen las clases..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

Tanto las actividades extraprediales (artesanías en telar, madera, arcilla), como las huertas suelen ser trabajos conjuntos comunitarios tanto en las comunidades como en los parajes criollos. Algunas agencias de gobierno como la Subsecretaría de Producción y el INTA promueven estas actividades con desarrollo y presencia diferenciales según los lugares, entre ellas las huertas comunitarias protegidas por invernaderos.

Figuras 16 a 18. Diferentes testimonios de actividades extraprediales



Fuente: propia, Fotos tomadas por la autora.

Encontrar mujeres en la casa, fue lo habitual, y ellas tuvieron disposición a hablar más y con más detalle de sus actividades y los problemas con la educación de los hijos. Con respecto a como se va incrementando la actividad extrapredial como fuente de ingresos se dan los siguientes testimonios:

"...vivo con mi marido que es el que se encarga de los animales y dos hijos que van a la escuela...del chivo vendemos el pelo y la otra parte la usamos para nosotros. Tenemos 30 ovejas para sacar lana y comer...mi marido trabaja también en las cabañas de Pulmarí y yo como auxiliar de servicios en la escuelas..."

(Mujer, criancera, 25 años mapuche de Carri Lil, Alumine)

La resignación, la sensación de no tener otras opciones, la vivencia del trabajo como sacrificio también fue dicha. Percibiéndose contradicciones: por un lado el sostén de la vida, lo da el trabajo con los animales, en el campo; por otro, no queda otra salida que mantener ese trabajo. Parecen por momentos, algunos de ellos sentir que se encuentran como entrampados en un círculo sin fin.

"... además de los animales, tenemos gallinas... Mis hijos me ayudan... todos los días se sacrifican los pibes para ir al campo que queda a nueve leguas... no tenemos ni un peón... los pibes se encargan de todo, se arreglan ellos, son incansables en eso... Ellos no fueron a la secundaria y el único que fue un año y medio dejó cuando quedamos sin el transporte..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

Las desventajas del tipo de chivo que se da en algunas zonas, disminuye la posibilidad de sacar más provecho a cada animal y requieren obtener lana o pelo de otros productores. O sea que a veces no puede generar su propio abastecimiento para lograr mejorar el ingreso a través de las artesanías textiles.

"... el pelo de cabra casi no se usa acá, no tenemos buena lana para trabajar el hilado... casi toda la zona es igual acá y la lana de oveja es carísima y la tengo que conseguir porque de la comisión de fomento me pagan fijo por los tejidos... hay que hilar muchos meses para un tejido..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

Los requisitos para incluirse en la economía de mercado, son muchos y favorecen que se reproduzcan el intercambio comercial a través de la venta directa, no siempre ventajosa, dependiendo de la capacidad de negociación que se tenga.

Estas situaciones y las necesidades que cada tipo de animal acarrea, llevan a que la posibilidad de diversificar la producción sea muy poca.

"... los chivos los tenemos más para consumo... te piden un montón de papeles para poder vender así que vendemos sólo algunos... y a mí me gustan más los chivos que las vacas. A la vaca hay que alimentarla con mucho forraje y sacarle la leche, en cambio los chivos y las ovejas están en el campo y la oveja rinde más por la lana..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

Cada año las inclemencias del tiempo, el deterioro de pasturas y los resultados en la cantidad de animales que logran sobrevivir, la cantidad de lana o pelo que se puede aprovechar, generan expectativa e incertidumbre en cada etapa del ciclo.

"... el invierno fue muy malo y tenemos que ver que pasa con la parición³³... en este momento todo el trabajo está en la parición. También esta la esquila... nosotros nos arreglamos bien con la esquila manual... y como no tenemos galpón de los que se hicieron en el plan de esquila, lo hacemos en un corral... y no contratamos a nadie porque son nuestros animales..."

... la venta de la lana da poco pero el chivo da mucho cuando se tiene en cantidad y se coloca a buen precio... la producción nos sirve para vivir..."

(Hombre, 70 años, criancero, mapuche, Los Miches, Minas).

³³ Parición se refiere a un momento productivo clave porque es cuando nacen terneros, corderos y chivitos. Muchas veces tienen que alimentar con mamadera a aquellos que quedan guachos o la leche de la madre no alcanza.

Las dificultades señaladas no siempre sumieron a los grupos en la desesperanza y resignación. Algunas comunidades y parajes pudieron encontrar posibilidades uniéndose como productores, organizando sus propios recursos, asesorándose y planificando mejoras productivas. Ejemplo de ello son las mesas caprinas, campesinas, las asociaciones de productores laneros. En ellas se encuentran tanto crianceros criollos como mapuches.

En relación a las mesas campesinas, a través del testimonio de una joven criancero de la comunidad de Huncal (Loncopue), se puede apreciar lo siguiente:

"...hace cuatro años se comenzó a trabajar con un grupo de crianceros de la comunidad y también criollos por los atropellos, los cortes de camino para el arreo en la veranada....entonces se fue formando una organización con abogados, ingenieros, veterinarios y nosotros colaboramos con los conocimientos que tenemos de organización porque no somos técnicos...tenemos la experienciay me sume al equipo porque fui elegido en una reunión hecha por los crianceros criollos de 19 parajes para ser representante de la mesa caprina.... Después nos sumamos a la mesa campesina...algunos son párrocos, agrimensores o representantes de comunidades religiosas..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

La unión da fuerza de estos grupos minoritarios y ante los atropellos sentidos les generó la necesidad de realizar los reclamos conjuntos.

"...la idea es ayudar a organizar a la gente, llevarle conocimientos, defender sus derechos, como tenemos que defender lo nuestro....nació de eso, en relación a los atropellos que tenía cada criancero...la idea es unirnos para que juntos hagamos los reclamos...tenemos varias experiencias de gente del norte que ha perdido todo porque trabajaban solos y no tenían a nadie que los acompañe..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

Este joven a través del respeto ganado, lidera al grupo de productores de su zona, con presencia, trabajo, y perseverancia en los objetivos, facilitado por contactos políticos, así fue ganado un espacio de legitimidad

"...tengo muchos contactos en el municipio, la gente me fue tomando cariño...Nos reunimos mensualmente en la parroquia de Loncopue...la mesa caprina se formó con la Ley nacional 26141 que apoya y favorece al productor caprino en cada provincia.... el objetivo es poderla mejorar caprina...por ejemplo como crianceros sufrimos la inclemencia del tiempo, a veces hay semanas que los animales suelen estar bajo la nieve, y bueno la idea es tener en un temporal de nieve a los animales cubiertos, con agua, techo y pasto. ...somos once coordinadores de zona y para el 2008 tenemos un solo objetivo que es el agua...para el 2009 se trabajará en pasturas o cobertizo..."

Estas organizaciones no gubernamentales no son similares ni tienen el mismo desarrollo en toda la provincia, por el contrario dependen de varios factores, entre ellos: tipo y capacidad productiva; negociación económica y posibilidad de implementar mejoras en el campo.

"...hay gente en el norte que se organiza distinto, con los matarifes, ellos trabajan con un grupo de crianceros que se dedican a ese comercio, pero nosotros no trabajamos así porque el mayor comercio lo tenemos en el verano con el chivito y como estamos ahí en la ruta, no necesitamos salir a vender, la gente pasa por las mismas casas...hay gente en la zona mía que si necesita hacer arreglos con algún matadero, y ayudamos, por ejemplo crianceros que viven en el Valle de las Damas...sino es mucho sacrificio y tiene que traer los animales a lomo de caballo..."

...a veces se pelean los precios y al tener pocas chivas no conviene vender a mayorista, conviene hacerlo individualmente..."

(Hombre de 25 años, criancero mapuche, comunidad Huncal, Loncopue)

En cambio, los **crianceros capitalizados**, suelen vivir en el pueblo con su familia y los animales se encuentran en el campo a cargo de otros familiares o encargados. Sus viviendas son de material y cuentan con corrales organizados. Su relación con asesores técnicos es más fluida y tienen mayor poder adquisitivo lo que les da cierta autonomía como poder contar con fardos y granos o alimentos balanceados.

La forma de identificarse con el espacio, la manera de transmitirse el trabajo de generación en generación y el legado del campo a alguno de los hijos, perdura también en estos grupos.

"...soy hijo de crianceros y nací en Pilo Lil y quiero morir en Pilo Lil...tuve 13 hijos, once varones, y el más chico es el que me ayuda con los animales y vive con su familia acá....el es el que va desde diciembre a abril a la veranada a cuatro horas de caballo..."

(Hombre, 70 años, criollo y criancero capitalizado de Pilo Lil, Huiliches).

Aunque es bien diferente la posibilidad de progresar, completar estudios y obtener otros trabajos en los descendientes:

"...yo aprendí a leer pero no a escribir y mis hijos todos fueron al colegio...antes del ochenta y cuatro no había casi caminos y nos manejábamos con caballo, carro y bueyes.... Ahora tenemos casa, corrales, la chata..."

...de los hijos tengo dos que son guardaparques, uno guardafauna, dos son agentes sanitarios y uno es ceramista...estoy satisfecho que les pude abrir camino..."

(Hombre, 70 años, criollo y criancero capitalizado de Pilo Lil, Huiliches).

Las tierras son mejores, y más cercanas a la afluencia de turistas. Disponen de fuentes de agua que posibilitan el desarrollo de actividades extraprediales como huertas, frutales y la elaboración de dulces.

"...la huerta está donde estaba el alfalar...en la huerta hay de todo, tenemos además frutales de todo tipo y ésta (por la mujer) hace dulces y vende a los turistas..."

(Hombre, 70 años, criollo y criancero capitalizado de Pilo Lil, Huiliches).

Los campos están divididos según las tareas, los corrales son más sólidos y preparados para los diferentes tipos de animales, suelen estar techados protegiendo al ganado de las inclemencias del tiempo. Es frecuente que tengan galpones para granos y pasturas. A veces la falta de progreso de otros crianceros se vive como dejadez o resistencia para adoptar cambios en su producción.

"...tenemos varios animales divididos por tipo y corral, los cobertizos están con techo y yo arreglé para que no nos falte agua...también tengo un generador de electricidad....no todos los productores acompaña los cambios, hay gente muy quedada..."

(Hombre, 70 años, criollo y criancero capitalizado de Pilo Lil, Huiliches).

Los lugares donde habitan suelen ser mejores por la fertilidad de la tierra y las condiciones de las vertientes cercanas que poseen.

Figuras 19 a 21: Corrales de crianceros capitalizados y entrada a una casa con perros domiciliarios (no de campo)



Fuente propia, Fotos tomadas por la autora.

Figuras 22 a 27. Otros campos, casas y corrales de crianceros capitalizados.



Fuente propia, Fotos tomadas por la autora.

En relación a los **ganaderos**, los entrevistados pertenecen a diferentes generaciones; algunos son propietarios y estuvieron relacionados al programa desde sus inicios; los otros trabajaban como administradores, algunos muy jóvenes y otros con muchos años de experiencia.

Las estancias han cambiado mucho en el último tiempo, diversificaron su producción, muchas se dedican a la forestación, agroturismo y cotos de caza. Los grandes campos han sido heredados por hijos que tienen otras actividades, no viven en el lugar o dividieron las tierras.

"...las actitudes de los estancieros van cambiando con el tiempo. Vamos cambiando quienes nos hacemos cargo de la producción y el criterio es muy dispar con el de las personas grandes..."

(Hombre, 28 años, ganadero (2ª generación), Piedra del Águila, Collon Cura).

Las personas mayores, no siempre reciben con buenos ojos los cambios productivos y ven con preocupación como la forestación amenaza la ganadería extensiva.

"...con la forestación, si bien siempre plantar es bueno, no lo es con la forestación masiva, con estos pinos no crece el pasto, aumenta el riesgo de incendios y queda menos campo para la ganadería extensiva".

(Hombre, 68 años, estancia Pilo Lil, Huiliches, trabaja en ella desde hace 47 años)

Con respecto a las estancias seleccionadas (departamento Alumine, Loncopue Collon Cura y Huiliches) aún hoy son ganaderas. Poseen ganado mixto a predominio vacuno y tiene campos de invernada y veranada.

Cuentan con el asesoramiento constante de veterinario privado, tienen buenas pasturas, invierten en sembrado, riego y además poseen campos que se reservan para evitar el sobrepastoreo. También tienen matadero rural cercado para la faena que se destina al consumo. Las ovejas las reservan más para consumo interno y para épocas de veranada.

La actividad ganadera es definida como actividad empresarial. El valor de la tierra y los animales es netamente económico y buscan sacar la mejor rentabilidad. Es el polo opuesto de lo observado desde las vivencias de los crianceros.

"...La estancia es un grupo social que tiene una organización interna para poder llevar adelante una producción estable...eso es lo que tratamos de hacer, es una empresa agropecuaria y como empresa de este tipo necesita que la gente esté viviendo dentro del campo...los peones van y vienen a sus casas el fin de semana, pero durante la semana se vive y convive en el campo y se organizan las tareas rurales de todos los días..."

(Hombre, 28 años, ganadero (2ª generación), Piedra del Águila, Collon Cura).

Al disponer de otras posibilidades económicas, poder mejorar los campos, disponer de agua y forrajes, ser propietarios de las mejores tierras, no depender ni de las inclemencias del tiempo hacen que puedan dedicarse al ganado mayor. Su principal producción es la vacuna, ya sea para engorde o para cría.

"...nuestra actividad primaria y principal es la producción vacuna, vacas de cría...el lanar es para consumo (mi padre sí tenía lanares para producción)...medimos el ganado en cantidad de vacas y sus categorías..."

(Hombre, 28 años, ganadero (2ª generación), Piedra del Águila, Collon Cura).

Los ganaderos de más edad, que han nacido y se han criado en estas tierras, tienen un sentimiento por su actividad y la gente vecina diferente a la de los ganaderos más jóvenes. Este testimonio ilustra lo recién comentado:

"...yo soy hombre de campo, no hombre con campo... el hombre de campo tiene que ser solidario, muchas veces se necesita la ayuda de los vecinos..."

"...yo nací en la estancia de la veranada y fui a la escuela rural...tenía que ir a caballo y en balsa y compartía la vida con los otros niños del lugar, no había distinción, no había caminos para los parajes y poca accesibilidad a salud para la gente de las comunidades..."

(Hombre, 80 años, 3ª generación de ganaderos, estancia de Junín de los Andes de 1980, Huiliches)

Este ganadero, ve con cierta preocupación las políticas sociales subsidiarias que atentan contra lo que él considera la cultura del trabajo y explica como con asesoramiento y acompañamiento se pueden ofrecer alternativas que eviten el sobrepastoreo que tanto afecta a los pequeños productores.

"...la cultura, el compromiso con la tarea peligra seriamente porque las personas que tienen posibilidad de trabajar en la estancia por temporadas, si lo hacen pierden el subsidio del gobierno..."

...nosotros seguimos con ganado tipo extensivo pero damos tiempo a que se reparen los campos.... la gente tenedora de animales les hace falta orientación y acompañamiento...por ahí tienen un campito con una parte más gastada que otra y cercando pueden contener a los animales para que pasten en la parte buena y dar descanso y recuperar las pasturas en la parte más gastada.... Si no usan el cerco no pueden controlar donde pastan los animales...".

(Hombre, 80 años, 3ª generación de ganaderos, estancia de Junín de los Andes de 1980, Huiliches)

Cuando se trasladan a campos de veranada lo hacen en camionetas, se comunican con radio y llevan periódicamente comestibles para los peones y empleados.

Con respecto a los trabajos específicos de una estancia ganadera y a los programas productivos para mejora genética del ganado refirieron lo siguiente:

"...los vacunos que salen de la estancia salen en pie y los vendemos a matarifes...nos asociamos con la Asociación Rural de Neuquén.....estamos permanentemente incrementando la oferta forrajera y contamos con un canal de riesgo muy grande que a nosotros nos asegura que venga el invierno que venga, no tenemos dependencia climática..."

(Hombre, 32 años, estancia de Loncopue, hijo del dueño de la estancia)

El trabajo esta pautado, asesorado y planificado para que de su mejor rendimiento.

"...los cuatro pilares que se deben mantener todo el año son: instalaciones, manejo, pasturas y sanidad animal. Esto implica plan de manejo y plan de trabajo con los asesores veterinarios y técnicos agropecuarios...usamos vacunos y ovinos para consumo interno, el vacuno se carnea en el matadero de la estancia..."

(Hombre, 28 años, ganadero (2ª generación), Piedra del Águila, Collon Cura).

Ellos mismos son concientes que las oportunidades de mejora deben ser más integrales y no solo poner énfasis en las mejoras genéticas de los animales. También saben que los emprendimientos productivos del Estado actualmente no son accesibles a todos y que los menos agraciados son los crianceros y puesteros.

"... la Ley caprina y el programa Mohair no es accesible a cualquiera, no sirvió ni sirve actualmente, no es una verdadera reconversión en el poblador rural, mantiene la economía de subsistencia en un producto que debe ser abarcado más integralmente como la desertificación, riego y problemas sanitarios..."

(Hombre, 28 años, ganadero (2ª generación), Piedra del Águila, Collon Cura).

Con respecto a la gente a cargo, es diferente como lo ven aquellos ganaderos de mayor edad, que han compartido parte de su vida con los peones y sus familias específicamente, a las preocupaciones y expectativas de los ganaderos más jóvenes.

Los primeros hablan con satisfacción de ver que empleados de la estancia han podido progresar y que sus familias han podido independizarse de la economía de subsistencia, que hayan salido del analfabetismo.

"...en la estancia tenemos 26 a 28 personas trabajando, ahora las cosas han cambiado mucho, ahora saben leer y escribir y ya no viven con sus familias acá, van y vienen los fines de semana... varios de ellos con nuestra ayuda han progresado y tienen un autito para moverse..."

(Hombre, 80 años, 3ª generación de ganaderos, estancia de Junín de los Andes de 1980, Huiliches)

Los más jóvenes, pensando en el rendimiento económico del trabajo, desean que el peón viva con su familia, reproduciendo así la fuerza de trabajo precario, pero esperan que el Estado se haga cargo de los aspectos sociales y sanitarios que traen aparejados:

"... a nivel social nosotros necesitamos que haya familias porque el peón está Más tranquilo y trabaja mejor, pero necesitamos asistencia sanitaria y educativa...siempre rinde más un peón con su familia y se hace más llevadero este núcleo social..."

(Hombre, 32 años, estancia de Loncopue, hijo del dueño de la estancia)

Sin embargo, también para los hijos de estos asalariados la educación sigue siendo una asignatura pendiente porque aún trabajando en una estancia, en las afueras de un pueblo, algunos niños y niñas no pueden acceder a una educación adecuada, es como si fueran terreno de nadie.

"...tengo una nena de 8 años que se tuvo que venir de la cordillera donde estaba con su mamá, vino a vivir con su papá porque allá no podía estudiar...pero la trafic escolar no viene para acá...y para mí eso ocasiona un problemón porque tiene los mismos derechos que todo el resto y no se como hacer para que ese muchacho la lleve a la escuela..."

(Hombre, 32 años, estancia de Loncopue, hijo del dueño de la estancia)

Las imágenes muestran la diferencia en los campos y diversificación productiva

Figuras 28 a 33. Campos, cascos de estancias y ganado de ganaderos



Fotos tomadas por la autora y extraídas de Internet sobre ecoturismo en Departamentos Huiliches y Alumine (22 /02/2009).

Conclusiones:

En la provincia de Neuquén, la diversidad geográfica y los modos de vida que los grupos sociales van adoptando según posibilidades ecológicas, culturales y productivas, determinan desigualdades socioeconómicas que deben ser tenidas en cuenta ante las propuestas de intervención en salud.

Estas desigualdades determinan una variedad de productores que en su momento formaron parte de una tipología desarrollada por Bendini y que se mantiene vigente en la actualidad.

A pesar de las diferencias geográficas que condicionan el tipo de ganado y formas de pastoreo, existen características comunes que hacen a las tipologías mencionadas. Están en un extremo los grupos de crianceros y puesteros, marginales al mercado capitalista, con una lógica de subsistencia. En el otro extremo, los crianceros capitalizados y ganaderos cuya producción se realiza desde una lógica empresarial.

Crianceros y puesteros, criollos ó mapuches, trashumantes o no trashumantes, sienten su trabajo integrado a la naturaleza; el espacio geográfico es un espacio percibido y sentido, como vivencial e histórico. En ellos el espacio vivencial y productivo se funde.

Suelen vivir en lugares distantes, a veces en forma dispersa, lo cual contribuye a cierto aislamiento sociocultural y condiciona dificultades de acceso a los servicios como los de educación, producción y salud.

Estas condiciones y déficit pueden llevar a situaciones de mayor fragilidad o vulnerabilidad social relacionadas a las condiciones materiales de existencia y marginalidad. Problemas varios como disponer de fuentes de energía eléctrica, agua y adecuadas viviendas, son parte de los problemas cotidianos que enfrentan.

Estas desigualdades son heredadas y llegan a transmitirse de modo intergeneracional, reforzadas por las propias relaciones sociales productivas. Las desventajas heredadas se convierten en parte de su identidad.

Su lógica económica y vivencial, hace que ante diferentes coyunturas político sociales, sanitarias y económicas, encuentren posibilidades muy disímiles a la de los otros grupos. A veces logran mantenerse y subsistir. Otras veces consiguen progresar a través de unir sus fuerzas y recursos para generar espacios de negociación en un mercado capitalista al que individualmente no pueden acceder.

Así comienzan a verse las asociaciones civiles en las que se desarrollan mesas de discusión, se toman decisiones conjuntas y se representan a través de sus propios interlocutores, para mediar por sus intereses ante autoridades municipales o ante instituciones relacionadas a la producción.

La zona cordillerana, de meseta y monte de la región norte y centro de la provincia es la que concentra mayores desventajas ecológicas, económicas y sociales. Sus tierras desérticas e inhóspitas, determinan modos de pastoreo trashumante con ganado caprino criollo.

Sus poblaciones se encuentran más dispersas y en conjunto, estos aspectos generan marginalidad y aislamiento social. Las características productivas predominantes son las de subsistencia basada en el trabajo familiar. Sus pobladores son mayoritariamente puesteros y crianceros campesinos cuya actividad productiva tiene fuerte arraigo en tradiciones familiares y culturales.

En el otro extremo, en la cordillera sur y precordillera, se concentran los grupos capitalizados, los ganaderos. Son propietarios de las mejores tierras y se dedican al ganado mayor, bovino preferentemente. Obtienen excedentes que les permite desvincular de manera directa a la familia, vivir en zonas urbanas y dejar gente a cargo en las estancias. Su capital cultural y productivo es más diverso accediendo electivamente y con menor dificultad a bienes y servicios locales, regionales e interregionales.

Estas desigualdades entre grupos sociales, lleva a considerar que los problemas cotidianos, perspectivas, limitaciones y posibilidades sean diferentes, así como la relación con las personas e instituciones que se encuentran involucradas en los procesos de salud enfermedad atención.

Capítulo 2: La antesala del Programa

Introducción

Este capítulo, tiene como finalidad presentar algunos hechos históricos que se consideraron relevantes para comprender el lugar que la hidatidosis comenzó a ocupar en la agenda sanitaria provincial como problema de salud rural.

Es para destacar como desde diferentes lugares y en un periodo similar, una enfermedad empieza a ser reconocida como un problema de salud a priorizar que va más allá del mundo académico propiamente dicho.

Algunas circunstancias políticas y económicas hacen que por momentos las poblaciones urbanas ó rurales se conviertan en el centro de la escena. Esto determina que se preste mayor o menor atención a los problemas sociales que estas poblaciones acarrear, para facilitar la implementación de las políticas propuestas.

Algunos de estos hechos se describen en este capítulo, en base a testimonios escritos, algunos no oficiales, y relatos de actores sociales cuyas vivencias corresponden al clima político sanitario de los años sesenta en la provincia de Neuquén.

Contextos, ideología y lógica sanitaria dominante entre los años treinta a los sesenta.

Hay una serie de antecedentes sobre las políticas relacionadas a la lucha antihidatídica en la Argentina que se remontan a principios del siglo XX como preocupación científica y sanitaria compartida por médicos y veterinarios.

El contexto general estaba dado por la ideología política, inmersa en las concepciones del Estado de Bienestar (o Benefactor) donde la salud aparecía como derecho y bien social.

En el mundo occidental, hasta la década del treinta, el enfoque de las enfermedades en general, era básicamente biológico con énfasis y preocupación por aspectos clínico-terapéuticos. A inicios de la década del cuarenta cambia la mirada hacia una racionalidad más preventiva relacionándola con condiciones socioeconómicos más estructurales que requería integrar y efectivizar acciones conjuntas desde diversos campos disciplinares e institucionales.

Desde la mirada social de las enfermedades si bien se reconocía el rol que tenían las condiciones de vida y trabajo, el centro de las intervenciones estuvo direccionado a las poblaciones urbanas. Esto se encontraba relacionado al concepto de capital humano sano y fuerte, reflejo de una nación fuerte, el desarrollo industrial y urbano de los países desarrollados.

En Latinoamérica, por los años cincuenta, comienzan a adoptarse algunas políticas públicas coherentes con la lógica desarrollista y la formación y conformación de cuerpos tecnocráticos como asesores fuertes de los gobiernos de turno.

En Argentina, desde la crisis de los años treinta, se implementaron medidas para intervenir en la economía de mercado a través del Estado. Esto se acompañó de desarrollo industrial, complementario del gran sector agropecuario exportador.

Con este desarrollo y las políticas sociales desarrollistas, aumentó en forma notoria la migración interna, los cordones periurbanos y la demanda creciente de mano de obra.

La realidad sanitaria a inicio de ese periodo era desorganizada, insuficiente en recursos de todo tipo (falta de camas, de equipamiento médico, insumos y personal capacitado).

En la primera presidencia de Perón (1946-1952), el discurso político estaba muy ligado a la ideología de post guerra, en medio de un proceso de democratización en curso, donde la inclusión social y la prosperidad económica actuaron como pilares.

En esos años terminaron de consolidarse, en el país, los principios de la económica desarrollista y social lanzada a inicios de los años treinta:

- Crecimiento de las intervenciones del estado en la economía y el desarrollo de la industria sustitutiva de importaciones.
- Distribución del ingreso socialmente más equitativo.
- Asegurar pleno empleo y distribución equitativa de beneficios sociales (políticas arancelarias, crediticias y salariales).
- La acción providencial del estado se materializó en políticas de salud, vivienda, educación, transporte, comunicación y turismo social, leyes salariales y previsionales.
- Y se organizó el programa de Ayuda Social Directa desde el Estado, para poder brindar asistencia al grupo de población excluido de los beneficios anteriores ("los desheredados"). Los fondos provenían del Estado y de contribuciones privadas.

Los valores democráticos igualitarios fueron cristalizados en la idea del trabajo digno y la dignidad del trabajador.

A los pocos años, la demanda consumista segura, la falta de competitividad y la prodigalidad del Estado, conspiraron contra la eficiencia productiva. Sumando a esto el creciente e intenso proceso de urbanización se acompañó de un estancamiento de la economía agropecuaria y mecanización de las tareas rurales para disminuir costo de mano de obra. Esto trajo consigo conflictos importantes con el campo y también con sectores pudientes de las sociedades urbanas incomodados por la transformación social en curso. Se generaron relaciones dicotómicas conflictivas urbano/rural; pueblo peronista/oligarquía. (Romero, 2004)

En esa época, el Plan Analítico de Salud Pública, dirigido por Ramón Carrillo, tuvo una mirada sanitaria que permitió correrse del paradigma curativista y hospitalocéntrico, para crear un sistema unificado de salud preventiva, curativa y de asistencia social de carácter universal en el cual el Estado tenía un papel preponderante. Bajo los principios de garantizar la universalidad, integralidad, gratuidad y eficacia en la asistencia, se enfocó a fortalecer el subsector público de salud y las obras sociales que dependían de sindicatos. (Taranda y col. 2008)

En consonancia con esto en la década del sesenta, se abre la Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Buenos Aires y se constituye la Asociación Argentina de Salud Pública.

La hidatidosis comienza a aparecer en la escena política argentina

Los primeros intentos argentinos para el control de la hidatidosis se inician

gracias a los hallazgos de médicos veterinarios que reportan la enfermedad en el ganado que se faenaba en los mataderos, en el año 1906. En ese entonces, se conforma una comisión la cual elabora un dictamen sobre las medidas de prevención y control que se pone a disposición de las autoridades nacionales y que sirven de base a la Ley de Denuncia Obligatoria para Hidatidosis, año 1941 (Ley Nº 12732). (Tunes 2009 y testimonio del primer director del programa³⁴)

Desde esa mirada se establecen los lineamientos generales para codificar dentro de un marco legal las enfermedades zoonóticas y coordinar con los niveles provinciales las medidas para su prevención y erradicación.

A partir de la sanción de la norma legal que obliga a la denuncia obligatoria de hidatidosis en 1941, se crearon organismos especializados en el Ministerio de Salud Pública, de Agricultura y Ganadería. Estas dependencias, reunidas más tarde, como Comisión Interministerial Coordinadora de Zoonosis pusieron en aplicación las normas básicas de las profilaxis y de educación para la salud, saneamiento y desparasitación canina promoviendo en diversas provincias argentinas la Lucha Contra la Hidatidosis. (Tunes 2009; Valobra 2007)

Por esos años, la hidatidosis comenzó a ser un tema de interés en las sociedades científicas de la cuenca del Plata. Por citar algunos hechos relevantes para Argentina:

- Entre 1930 y 1947, en Uruguay, la hidatidosis fue asumida como un problema sanitario de importancia y dio comienzo a un trabajo conjunto con educación, desarrollo de investigación epidemiológica y clínica y la puesta en marcha de medidas de control: denuncia obligatoria de casos humanos y animales, prohibición de alimentar con vísceras crudas a los perros, vigilancia veterinaria en los mataderos, limitación de población canina e incorporación en la currícula de escuelas rurales la información sobre la enfermedad y las medidas preventivas.
- En 1935 por iniciativa uruguaya se crearon los Archivos Internacionales de Hidatología.
- En 1941, se constituyó la Sociedad Internacional de Hidatología en Uruguay.
- También en Uruguay, año 1947, se desarrolló el primer congreso internacional sobre el tema.
- En 1946, se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual en su constitución reconoce entre otros, el problema de los Alimentos y las Zoonosis, que se incorporan al Programa de Salud Pública Veterinaria.

En Argentina, en la Provincia de Buenos Aires, el gobernador Domingo A. Mercante (primera presidencia de Perón), logró colocar la hidatidosis en la agenda estatal. Como observa Valobra (2007), es en ese momento que la hidatidosis se reconoció como la endemia rural más importante en esa provincia argentina, contando con registros de casos que superaban al resto del país y el mundo. Por ese entonces no existían datos estadísticos confiables en los Territorios Nacionales (de los cuales formaba parte Neuquén) y se implementaban algunas medidas para recuperar la actividad agropecuaria de exportación.

Este reconocimiento como problema de salud significativo tuvo que ver con su presencia en una de las provincias agropecuarias más ricas del país dentro del marco de una economía agroganadera nacional; como también a las condiciones sociales de la población rural que comienza a ser priorizada desde las políticas sociales (Estatuto del Peón, 1943).

³⁴ Médico veterinario jubilado, de 80 años.

El marco legal normativo dio apoyatura y legitimó la creación de instituciones abocadas a su conocimiento e investigación entre otras zoonosis como la rabia³⁵. Así se propició la formación científica y sanitaria de veterinarios, agrónomos, médicos y se concretaron acuerdos sanitarios con países limítrofes como Uruguay, Paraguay, Brasil y Chile, con los cuales se compartía entre otras, esta endemia.

Como hechos destacables, que muestran que la hidatidosis comenzó a ser un problema que debió priorizarse desde las políticas sanitarias, se enumeran:

1. El Convenio Sanitario entre Chile y Argentina, firmado el 13 de noviembre de 1948, el cual reflejaba las disposiciones del Código Sanitario Panamericano y cuyo Artículo N° 29 se encontraba referido a Hidatidosis.

2. En el marco del Convenio Sanitario Internacional con Chile; entre los años 1948 y 1949, desde la Dirección de Zoonosis que existía en Agricultura y Ganadería de Nación se formaron tres equipos móviles para estudiar la situación en Neuquén, Chubut y Santa Cruz (Territorios Nacionales) haciendo dosificación canina³⁶ y educación sanitaria.

3. En Buenos Aires, año 1950, por el decreto N° 26750 el Poder Ejecutivo designó la Comisión Coordinadora Sanitaria Internacional de Zoonosis.

4. En 1951, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó sus actividades en Salud Pública Veterinaria, con la creación del Centro Panamericano de Fiebre Aftosa (PANAFTOSA) en Río de Janeiro y luego con el Centro Panamericano de Zoonosis (CEPANZO) a través de un convenio firmado en el año 1956³⁷.

La provincialización:

Neuquén, se incorporó como estado autónomo a partir de 1955, en un contexto de país sumido en crisis política, económica e institucional, bajo el mando de la "Revolución Libertadora" y con la proscripción del peronismo.

La crisis de las políticas asociadas al Estado de Bienestar en el mundo occidental, la caída del gobierno peronista y las consecuencias de sus últimas medidas económicas (que favorecieron inversiones extranjeras con protección del Estado, el incipiente desarrollo de la explotación hidrocarburíferas en manos de empresarios norteamericanos y los intentos de modernizar y estimular el sector agropecuario), generaron nuevos rumbos en la economía empresarial.

En el país, los conflictos entre empresarios con voluntad de recuperar ganancias y derechos al capital, los sindicatos y las políticas proteccionistas discriminatorias a ciertos sectores inversionistas, contrastaba con la realidad de las nuevas provincias, que como Neuquén estaban sumidas en la pobreza y el olvido.

El primer gobierno constitucional data de 1958, cuando la provincia estaba integrándose a la economía argentina a través del avance de la frontera agropecuaria.

Neuquén, era una provincia mediterránea de escasa población y sin bases económicas y sociales estructurales, pero rápidamente adoptó desde su gobierno,

³⁵ ambas enfermedades requerían el sacrificio de canes lo cual producía resistencia en la población

³⁶ Dosificación canina era la aplicación en la boca a cada perro de un purgante el Bromhidrato de Arecolina (purgante usado para eliminar el contenido del intestino delgado canino donde se encuentran los *equinococcus* y poder identificar luego su presencia o no en la materia fecal.

³⁷ Convenio que se mantuvo hasta 1991. En 1992 se crea el Instituto panamericano de Protección de Alimentos y Zoonosis (INPAZ).

características de un Estado interventor, distribucionista y planificador. El partido político dirigente, fue el Movimiento Popular Neuquino, neoperonista, nacido durante y en respuesta a la proscripción peronista. (Favaro, Masés, Ozonas 1993)

Según consta en la fundación de dicho partido, en el año 1961, los objetivos políticos propuestos eran:

"...se determinó que en los objetivos, programas y estatutos del nuevo partido...se propulsaría fundamentalmente mejorar el nivel de pobreza extrema y abandono de los pobladores.... Inspirándose en la justicia social (salud, educación, trabajo y vivienda), defender los recursos naturales...e impulsar la práctica real del federalismo a establecido en la Constitución Nacional..."

(Felipe Sapag³⁸, 1989, p.13)

Las principales actividades productivas eran la ganadería y la fruticultura, con incipiente actividad extractiva hidrocarburífera. Sin embargo, y a favor de las políticas desarrollistas impulsadas por el gobierno de Frondizi a través de algunos organismos estatal como el Consejo Nacional de Desarrollo, hace que en poco tiempo tanto el estado nacional como el provincial, pongan en marcha los recursos básicos que sostendrán la economía futura basada en la explotación recursos energéticos (petróleo, gas y energía hidroeléctrica) generando un fuerte desarrollo demográfico y económico con importantes inversiones en sectores como salud, vivienda y educación; sostenido por un sólido aparato estatal.

Estas propuestas políticas fueron expresadas en los discursos del gobernador electo en el año 1962:

"...queremos que la riqueza se distribuya equitativamente y que haya trabajo para todos.... El Estado proveerá a las escuelas de edificios adecuados y, en el interior, donde la mayoría funciona en ranchos ruinosos, se reemplazarán por escuelas dignas para alumnos y maestros...aseguraremos al poblador del interior fuentes de trabajo y condiciones de vida para evitar el éxodo... construiremos caminos, puentes, aeropuertos y comunicaciones..."

(Sapag, 1962.Sapag, 1989 p.15:16)

En ese marco de acción también se abordaba, la cuestión indígena, particularmente el conflicto con las Comunidades de Pueblos Originarios, por el derecho a las tierras, el cual era un tema que reaparecía en la agenda pública y que para el ejecutivo provincial era necesario resolver.

"...protegeremos a la población indígena, dotando a las agrupaciones de escuelas y protección sanitaria de las que carecieron siempre y procurándoles medios decorosos de vida con trabajo y viviendas. Comprometemos el reintegro de tierras que legítimamente les corresponden..."

(Sapag, 1962.Sapag, 1989 p.15:16)

Desde sus inicios, la provincia del Neuquén, conformó una matriz ideológica, económica y social que se fue consolidando y centralizando en el partido provincial hegemónico, enmarcada en la explotación de recursos naturales no renovables, con gran impulso en la obra pública y grandes obras de infraestructura.

Durante el gobierno de Frondizi, Neuquén se convirtió en una de las provincias candidatas a proveer de energía a la industria nacional, por o cual se desarrollaron estudios técnicos y proyectos hidroeléctricos de envergadura. Esto ocasionará cambios productivos profundos que se traducirán en procesos de urbanización intensos con fuertes corrientes migratorias desde otras provincias, en

³⁸ En 1962, Felipe Sapag fue el gobernador electo pero ante el Golpe Militar, asume recién en 1963.

población joven y productiva. (Síntesis la situación económica de la provincia de Neuquén, COPADE, Neuquén, 1993, p. 3. Citado por Taranda y col. 2008, p. 36)

Desde el discurso político, se generaban expectativas de diversificación productiva que impulsarían el desarrollo en las zonas rurales.

"...concretaremos obras hidroeléctricas...desarrollar la minería, acrecentar la actividad agropecuaria, forestar y fomentar el turismo...preservaremos la jerarquía del empleado público con condiciones de trabajo justa...".

(Sapag, 1962. Sapag, 1989 p.15:16)

En la práctica, la ganadería fue perdiendo presencia y estancándose en su desarrollo, salvo en los establecimientos pecuarios que resultaron de la apropiación privada de la tierra en las zonas más propicias del territorio, manteniendo las características de explotación extensiva y no alcanzando a cubrir las demandas del mercado local. (Favaro, Masés, Ozonas 1993, p.3:22)

En todos estos procesos de gobierno, los sectores sociales que conformaban una burguesía comercial se mantuvo muy relacionada a la burocracia estatal, generándose una relación simbiótica entre el Estado y el Partido Provincial.

La situación sanitaria provincial:

Respecto al panorama sanitario provincial y a los problemas específicos de salud, éstos aparecen claramente señalados en uno de los informes del gobernador Felipe Sapag en marzo de 1966 (Sapag 1989, p 94:95)

En el mismo se enumeran una serie de indicadores que marcan la deficiente condiciones de salud que prevalece en la provincia y que naturalmente afecta con mayor virulencia a los sectores populares particularmente del mundo rural.

"...Neuquén tiene los más altos porcentajes del país en mortalidad infantil, desnutrición, tuberculosis, hidatidosis, por la carencia de protección sanitaria en la zona rural y falta de infraestructura hospitalaria en centros urbanos..."

...el hambre y el frío hacen estragos en las poblaciones rurales, especialmente en las agrupaciones indígenas con índices entre 165 a 125 niños muertos por cada mil nacidos, menores de dos años..."

(Sapag, 1966. Sapag 1989, p.94:95)

Los indicadores que se muestran en la siguiente tabla (Nº 1) muestran la elevada mortalidad infantil y el alto porcentaje de población menor de 5 años que fallecía agregándose una baja esperanza de vida al nacer.

Tabla Nº 1: Comparación de algunos indicadores demográficos seleccionados. Pcia del Neuquén. Censos 1960 y 1970.

Indicadores	Año 1960	Año 1970
Habitantes	109.890	154.570
<u>Mort Infantil</u> ‰	<u>117,9</u>	<u>108,5</u>
Mort General ‰	12,4	10,4
% de fallecidos entre 0 a 4 años	50,6	42,1
Esperanza de años de vida al nacer	47,0	57,4

Elaboración propia Fuente: Taranda y col 2008, cuadros 3 y 9. Fuente: Dirección General de estadística y Censos (INDEC) y Bates García A., Perrone, N. (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, OPS-OMS.

Para enfrentar esta situación epidemiológica (como también la de otros

problemas como Tuberculosis y patologías inmunoprevenibles, mortalidad materna e infantil, entre otras) la provincia contaba en la década del sesenta con pocos hospitales, algunos sin médico.

Varios profesionales en general eran enviados por Nación y algunos tenían procedencia extranjera. Entre ellos llegó un médico tisiólogo, como delegado nacional de Lucha Antituberculosa ya que entre las décadas del cuarenta al sesenta, se decía que Neuquén era uno de los territorios con mayor prevalencia de tuberculosis del país pero no se contaba con buenos registros.

Él llegó a la provincia como delegado nacional a partir desde el año 1960 y entre 1961 y 1962, conformó el equipo de lucha antituberculosa subvencionado por la OMS, el cual comenzó a trabajar en el interior de la provincia haciendo catastros poblacionales con abreugrafías³⁹. En sus relatos, se destaca la situación crítica médico asistencial ante una problemática social, donde una de las primeras causas de mortalidad infantil estaba ocasionada por diarreas.

"...los médicos eran todos nacionales y muchas veces extranjeros cuando no había médicos nacionales....sobre todo en el interior de la provincia...yo vi un día, todo lleno de chicos con diarrea...no había más cunas y se los poníamos sobre las mesadas....ese día vi morir a nueve chicos....nación mandaba en esa época médicos pediatras para ayudar..."

(Médico tisiólogo, 84 años, a cargo del programa de Lucha contra la Tuberculosis, Neuquén)

La escasez de hospitales, la infraestructura insuficiente y la falta de recursos humanos capacitados eran cuestiones cotidianas a enfrentar tanto por los equipos de salud como por la población que requería asistencia.

...en 1960 los hospitales que había estaban en los pueblos más importantes: Neuquén, Zapala, Cutral Co, Chos Malal y Loncopue...pero por ejemplo en Loncopue no había médico y cuando íbamos a trabajar allá nos teníamos que hacer cargo del hospital...

...bueno, era una organización sanitaria primitiva...nosotros empezamos a trabajar en los galpones del hospital rural de Neuquén y mi primer laboratorio...mi primer laboratorio fue un baño reacondicionado...el primer laboratorio para las baciloscopías⁴⁰ fue un baño...le sacamos el inodoro y lo adecuamos..."

(Médico tisiólogo, 84 años, a cargo del programa de Lucha contra la Tuberculosis, Neuquén)

La falta de registros sobre las causas de muerte, generaban desconocimiento e incertidumbre.

"...la gente se moría y no se sabía de que...yo vi certificados de defunción que decían se murió de muerte..."

(Médico tisiólogo, 84 años, a cargo del programa de Lucha contra la Tuberculosis, Neuquén)

Para revertir esta situación la decisión política del gobierno fue el desarrollo de una importante infraestructura sanitaria acompañada de la incorporación de un significativo número de recursos humanos:

"...hemos construido puestos sanitarios...obras hospitalarias...se programaron visitas médicas y se designaron 48 médicos, 10 bioquímicos, 12 obstetras, 32 enfermeras diplomadas y personal auxiliar..."

(Sapag, 1966 Sapag 1989, p.94:95)

³⁹ La abreugrafía fue una técnica fluorofotográfica desarrollada por Abreu para realizar radiografías de tórax en grandes poblaciones (cuarteles, colegios) a muy bajo costo.

⁴⁰ Baciloscopia es el procedimiento diagnóstico básico en tuberculosis, en base al esputo del paciente y hace bajo microscopio. Requiere normas de bioseguridad.

La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia de Neuquén desde una perspectiva histórica

La Tuberculosis hacía estragos entre la población rural y una de las estrategias de control se basó en el tratamiento domiciliario y supervisado.

"...se está efectuando un nuevo catastro sanitario...para tener una visión real del problema de la tuberculosis...recurriendo al tratamiento domiciliario especialmente en las agrupaciones indígenas..."

(Sapag, 1966 Sapag 1989, p.94:95)

La Hidatidosis también estaba entre los temas incluidos dentro de la agenda política.

"...en colaboración con la Dirección de Zoonosis de la Nación, se está efectuando una campaña de desparasitación de perros y educación sanitaria, tendiente a reducir la hidatidosis que en Neuquén Tiene índices pavorosos..."

(Sapag, 1966 .Sapag 1989, p.94:95)

La hidatidosis como una de las prioridades a trabajar:

La hidatidosis estuvo muy relacionada a la población rural dedicada a la ganadería, que antes de la provincialización era una actividad económica importante.

Esta actividad estaba condicionada por las características ecológicas del territorio y su situación mediterránea que le permitían un intenso intercambio comercial trasandino con Chile. El sector productivo fue modificando algunas de sus características iniciales debido a la apropiación privada de la tierra y a la composición de grupos ganaderos, heterogéneos en sus orígenes, culturas, formas de concebir el trabajo y las posibilidades de subsistencia y desarrollo.

La característica de explotación extensiva se mantuvo a lo largo del tiempo por su mayor rentabilidad, contando con regiones más propicias entre valles y montañas de la precordillera y cordillera. Las especies ganaderas que predominaron fueron caprinas, ovinas y bovinas, dependiendo en parte de las zonas ecológicas y el desarrollo tecnológico alcanzado por el productor.

Entre las décadas de 1960 y 1980 se pusieron en marcha políticas de extensión agropecuaria, propias del Estado Benefactor Provincial a través de brindar financiamiento y dirigida al sector rural. Dichas políticas se orientaron a favorecer la producción ovina y la comercialización de lanas y mejorar la capacidad tecnológica a través de la esquila mecánica.

Mientras tanto, la hidatidosis ya era un problema sentido por médicos del interior del territorio neuquino. Esto quedó asentado en los escritos de un médico cirujano del hospital rural de la ciudad de Zapala, Dr. Pedro Emilio Soria en su tesis doctoral titulada: *"La hidatidosis en el centro de la provincia del Neuquén"*. Dentro de sus aspectos destacables estuvo la demostración sobre la existencia de la hidatidosis como problema de salud en la población rural del norte patagónico con una casuística de 387 pacientes tratados entre 1947 y 1968. Su tesis fue editada en 1968. (Figuras 34 y 35)

En el texto se encuentra reflejada la ideología científica y sanitaria de la época considerando esta zoonosis como un gran problema médico social refiriéndose a ella como *"enfermedad vergonzosa"* y cuya prevención dependía de la función higiénica sanitaria de Salud Pública. Recomendaba que el estudio de esta enfermedad, debía abarcar tres aspectos: humano, social y económico, y reconocía la importancia del mal estado de los mataderos, la existencia de faena clandestina y

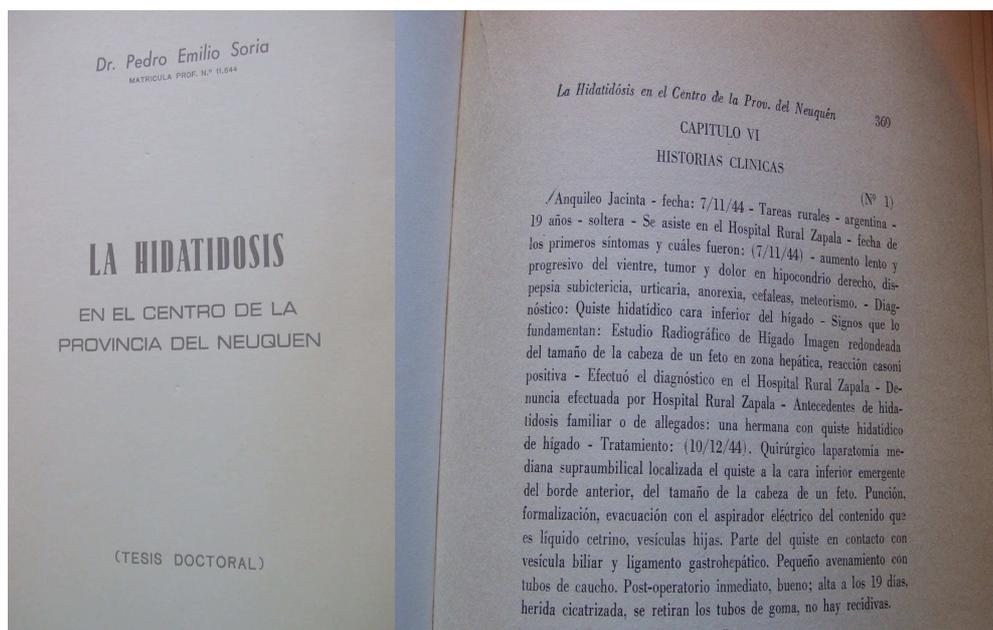
la escasa vigilancia en el decomiso de vísceras infectadas con las que se alimentaba a los perros.

Su autor cita en varias oportunidades las recomendaciones que la OMS realizaba destinadas a modificación de costumbres, hábitos y actitudes a través de diversas técnicas y métodos, debiendo diferenciarse el problema educativo en las áreas rurales. Señalaba el desconocimiento que había en la población y personal de salud, sobre la enfermedad, la falta de información sobre personas y animales afectados; y la ausencia (dentro de la organización hospitalaria) de investigación epidemiológica y de la educación de pacientes y familiares. (Soria 1968)

Ya en el año 1958 en la provincia del Neuquén, se conforma la Primera Comisión Interministerial Provincial de Lucha contra las Zoonosis (decreto Nº 398, 17/09/58), a través de los representantes de la Comisión Interministerial, en la cual se hizo referencia a la Ley 12732 y el Convenio Sanitario con Chile. (Figuras 36 y 37).

Esta Comisión tuvo a su cargo designar al representante de la provincia en la Lucha Antihidatídica. Es así como se contrata a un médico veterinario para la conducción técnica de lo que se llamó la Campaña Piloto de Lucha contra la Hidatidosis en la cual se evaluaron localidades urbanas y rurales. El resultado dio regiones con porcentaje de infección canina de entre el 35% al 5% (muy altos o altos).

Figuras 34 .Carátula Tesis sobre Hidatidosis en el Centro de la Provincia del Neuquén, (Soria 1968) y .Figura 35 contenido de una página del libro con resúmenes de historias clínicas de pacientes operados en la provincia entre 1940 y 1960 (Soria 1968)



Fuente libro cedido por Omar de Zavaleta para fotografiar.

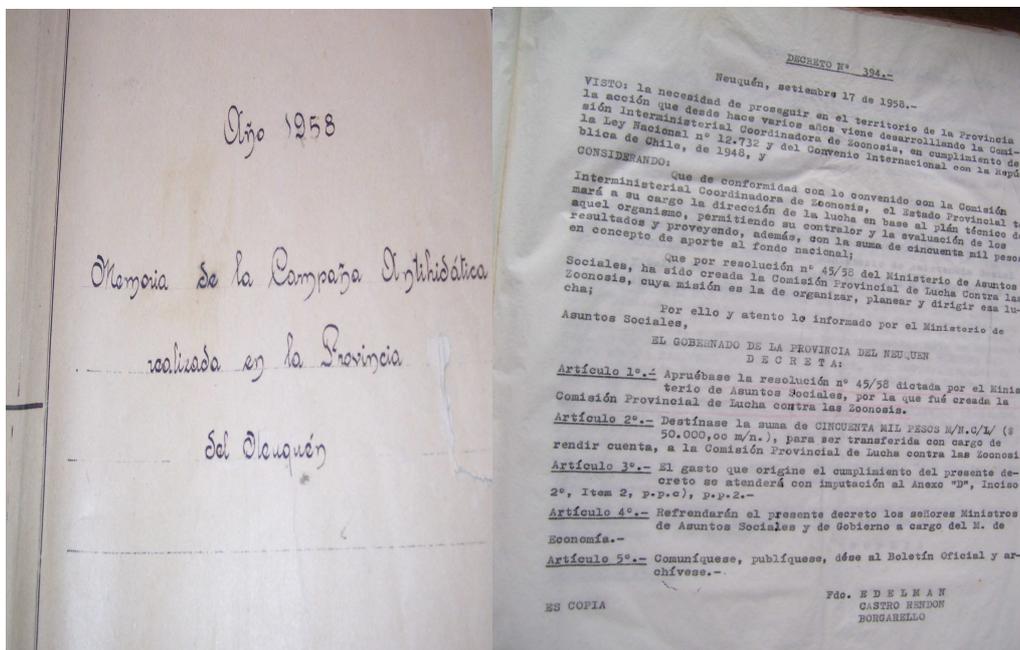
Según consta en el testimonio del primer director del programa provincial de hidatidosis, los hallazgos de esta parasitosis en el ganado proveniente de la región patagónica, comenzó siendo advertida desde un veterinario, académico de la Universidad de Buenos Aires.

"...en Buenos Aires ya existía una Dirección de Zoonosis en Agricultura y Ganadería a cargo de Raúl Martinengui, profesor de la cátedra de parasitología de veterinaria de la Universidad de Buenos Aires y un poco el padre de la hidatidosis en la Patagonia...él estaba estudiando una tenia que afectaba el ganado en Maquinchao

y empieza a detectar quistes hidatídicos..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

Figura 36 Memoria de la Campaña Antihidatídica (1958) y Figura 37 Decreto de la Comisión Interministerial y los acuerdos con Chile para el control de las enfermedades en los límites fronterizos (Decreto Nº 398 del 17/09/1958).



Fuente: fotografías de documentos pertenecientes a Omar De Zavaleta

Esto se ensambló con la formación de equipos técnicos conformados por veterinarios dedicados al censo ganadero requerido en la lucha contra la Aftosa para favorecer la exportación de carne bovina al exterior:

"...después vino en censo ganadero, por 1962, por la Lucha Contra la Aftosa...nosotros teníamos que vender carne a España y por un convenio con la Organización Internacional de Epizootias se crea la Comisión de Lucha contra la Aftosa y contratan a 20 veterinarios y les dan vehículo, sueldo y viáticos...yo era uno de esos veterinarios... entre esos dos trabajos recorrí la provincia y posibilitaron contactos con salud y los ganaderos..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

El reconocimiento de la existencia de la parasitosis en el ganado, la necesidad de exportación de carnes y la formación de equipos, generaron las bases para el trabajo posterior en hidatidosis en la provincia:

"...entre 1948 y 1949 forma tres equipos (con personal y vehículo) para recorrer Neuquén, Chubut y Santa Cruz haciendo dosificación canina y educación sanitaria, así empecé a recorrer la provincia...a raíz de estos viajes es que surge este convenio y acá está un poco el nacimiento de la primera Comisión de Lucha contra la Hidatidosis en la provincia...que no dependía de salud exclusivamente, estaba en relación a varios ministerios..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

Paralelamente a la publicación de dicha tesis, en el año 1968, la cual no fue considerada por estos equipos técnicos designados desde autoridades nacionales,

aparecen las primeras estadísticas oficiales sobre equinocosis e hidatidosis en la provincia. La hidatidosis en herbívoros tenía una prevalencia alta: bovinos 71%; ovinos 98.9%; En relación a los índices de infestación canina también eran muy altos: 33.6% de perros dosificados tenían equinocosis.

A nivel humano, en la población general, el riesgo de tener la enfermedad se encontraba en 10.5 personas por cada 1000 habitantes. Esta situación era de mayor magnitud en la población rural de donde provenían más del 90% de los casos. (Según testimonio del primer director del Programa).

Con respecto a los registros, hay algunos hechos que resultan contradictorios. Como se comentó anteriormente la tesis doctoral de Soria (1968) contenía una casuística importante con detalle de los diagnósticos, intervenciones quirúrgicas y seguimiento de más de 300 personas atendidas con hidatidosis en el hospital de Zapala. Estos registros no figuraron en ninguno de los documentos oficiales provinciales y tampoco desde los testimonios de las personas relacionadas al programa de hidatidosis. No aparece mención o referencia de contacto alguno con éste médico cirujano.

Es posible que esto hable del desconocimiento del trabajo local por parte de los médicos enviados desde Buenos Aires, y posibilite reflexionar sobre conflictos de poder entre equipos locales y nacionales.

En esta época estaba en pleno auge el trabajo a través de programas con un nivel gerencial central fuerte y una horizontalización ejecutiva, según demandaban los lineamientos de la OMS de la cual dependía en gran parte el apoyo técnico para la formación de los equipos.

Los programas sanitarios normativos y centralizados fueron así incorporados como preceptos a seguir por los equipos técnicos:

"...la OMS dice que los programas tienen que horizontalizarse pero después dice que siempre debe existir un nivel gerencial fuerte, es decir en hidatidosis debe existir alguien que se encargue de hidatidosis y que esté vigilante, y si en algún lugar se está haciendo algo que no corresponde, corregirlo..."

(Médico tisiólogo, 84 años, a cargo del programa de Lucha contra la Tuberculosis, Neuquén)

En la siguiente década, se conformaron los equipos de salud y el trabajo específico por programas para hacer efectivos los lineamientos políticos antes mencionados a través de concretarse el Plan de salud de la Provincia del Neuquén.

Conclusiones:

La confluencia de hechos no necesariamente relacionados entre sí a simple vista, hicieron posible la visualización de la hidatidosis como problema de salud de poblaciones rurales ganaderas. Es notorio cómo en determinado momento y lugar, se imbrican los conocimientos científicos y su desarrollo académico con las cuestiones prácticas de una realidad social, política y económica.

La influencia científica en el mundo y países limítrofes se hizo sentir en la región patagónica principalmente desde dos líneas: la dependiente de los veterinarios sanitaristas muy relacionados con el desarrollo ganadero de exportación; y la otra línea dependiente de los problemas asistenciales y terapéuticos ante la detección de personas con dicha parasitosis.

Ese entretejido legitimó a la hidatidosis en la provincia del Neuquén, en la

década de los sesenta a través de saberes y prácticas médicas y veterinarias ya institucionalizadas.

Tanto los problemas de salud priorizados como los modelos asistenciales elegidos por las autoridades provinciales, estuvieron enmarcados, en movimientos ideológicos y científicos más amplios y en decisiones políticas concretas.

El Estado provincial desde sus inicios se propuso implementar políticas propias de los Estados de Bienestar (a contramano de lo que estaba aconteciendo en el mundo occidental desarrollado y en el país donde el Estado de Bienestar llega hasta 1973 con la crisis del petróleo). Las inversiones permitían tener capacidad suficiente de generar obras públicas de envergadura y desplegar un aparato estatal poderoso.

En este marco el Estado Neuquino, luego de los primeros tres años de ejercicio, asumió un rol cada vez más activo y explícito en relación a las políticas públicas de salud. Comenzaron a ser importantes las políticas de expansión y desarrollo de los servicios públicos de atención médica.

En la siguiente década, cuando se consolida el modelo dentro de la provincia, las políticas implementadas en el sector salud constituyeron un poderoso instrumento de legitimación y regulación estatal. La salud apareció como derecho y bien social y se propugnó el desarrollo de los servicios de salud como parte de un sistema de protección social.

El clima político y económico generado luego de la provincialización, fue esperanzador en una provincia muy pobre. Los polos productivos para inversión y desarrollo derivados de la explotación hidrocarburíferas e hidroeléctrica, permitieron sacarla del olvido.

El apoyo económico nacional y el fortalecimiento político provincial tardaron una década en dar sus frutos. La hegemonía lograda por el partido político provincial y sus propuestas desarrollistas comenzaron a brindar fuentes de trabajo y generaron cambios profundos en la estructura y la dinámica social a fines de la década del sesenta. Tanto había por decidir y hacer, que los pocos logros iniciales generaban impacto beneficioso en la población.

Era pensable como posible en un futuro muy próximo, el desarrollo urbano, las inversiones en infraestructura y una red de servicios: comunicación, vivienda, educación, salud y seguridad.

Capítulo 3: Primer etapa del Programa (1970-1985)

Introducción

Neuquén, fue una de las provincias Argentinas pionera en las Américas en desarrollar un Programa Integral de Prevención y Control de Hidatidosis a partir del año 1970, lo que fue un ejemplo en el país y en el exterior.

Este programa mantuvo una continuidad por más de tres lustros lo que no se volvió a repetir en los años próximos. Esto fue posible por varios motivos: 1) la endeminidad hidatídica en la provincia, 2) la priorización como problema de Salud desde las autoridades de Salud Pública, 3) su inclusión dentro de las políticas de salud en la agenda del gobierno, 4) la decisión política de generar y desarrollar un sistema de salud pública de bases sólidas, y 5) la inversión presupuestaria necesaria en obras y servicios públicos.

Todo esto enmarcado en un contexto provincial en el cual los cambios productivos y las políticas desarrollistas llevaron a un fuerte incremento demográfico y desarrollo económico con importantes inversiones en salud, educación y vivienda, generando un sólido aparato estatal que mantuvo bajas tasas de desocupación y preparó el terreno para futuras empresas contratistas

Este entramado político institucional estatal, facilitó la continuidad del programa, el cual contó con recurso humano formado, estable, que favoreció un fuerte proceso de apropiación intelectual y operativa vinculada al trabajo en terreno. El nivel de conducción centralizado y normativo homogeneizó dichas actividades lo cual posibilitó tareas de supervisión, control y cumplimiento de metas.

Este programa inicial, tuvo un enfoque biólogo con intervenciones enmarcadas en el paradigma epidemiológico de riesgo. Su estructura, contenidos, lineamientos y ejecución operativa, fueron la base de todas las propuestas que le sucedieron.

En este capítulo se presenta el inicio y primera etapa del programa de hidatidosis en la provincia del Neuquén y el contexto político institucional que lo hizo posible, considerándose fundamental conocer los aspectos centrales de su desarrollo y ejecución.

Para cumplir con dicho objetivo se analizaron los documentos oficiales, análisis de la información epidemiológica y los testimonios de quienes participaron de manera directa para dar cuenta de su estructura y contenidos, aciertos y dificultades

Contexto, lógicas sanitarias e historia del Programa de Lucha y Control de la Hidatidosis en Neuquén

Entre los años 1966 y 1972, el país estuvo en manos de gobiernos militares y consecuentemente las autoridades provinciales emanaron de dicha autoridad.

A pesar del cambio de autoridad, durante estos años se mantuvieron las obras públicas y la mayoría de las empresas estatales. Entre las obras de envergadura que se erigieron en la provincia tal vez la más significativa haya sido construcción de la represa hidroeléctrica de El Chocón, destinada a aumentar el potencial eléctrico y de este modo favorecer el desarrollo industrial que sufría los avatares de la escasez del abastecimiento eléctrico.

La inestabilidad económica llevó a disminuir algunos gastos por parte del Estado, echar mano a inversiones extranjeras (sobre todo para las empresas tabacaleras y petroleras) y disminuir parte de los subsidios a algunas empresas estatales y privadas. Esto redundó en la disminución del empleo y la privatización de algunos sectores de la economía, así como deterioro en las políticas sociales y laborales.

A fines de los años sesenta, en varios países capitalistas europeos y en Estados Unidos, existía un clima de movilización revolucionaria.

En Latinoamérica, donde los movimientos democráticos tardaron en poder comenzar a consolidarse, cobraron especial fuerza por la Revolución Cubana, como imagen de construcción reciente del socialismo y en muchos países florecieron movimientos guerrilleros primero rurales y luego urbanos. Argentina no fue una excepción.

La paz social estaba comprometida y se vivían momentos de tensión importantes.

En la provincia de Neuquén, también existía una trama conflictiva que estimularon la protesta social y política expresadas en las manifestaciones estudiantiles en reclamo de la nacionalización de la universidad del Comahue y en la huelga de los trabajadores del Chocón que derivó en el denominado *Choconazo*

Precisamente estas tensiones sociales en aumento son una de las razones que precipitan, en marzo de 1970 la llegada nuevamente de Felipe Sapag a la gobernación luego de ser convocado por el general Onganía, presidente de facto, ante la prolongación del conflicto generado por los trabajadores de represa hidroeléctrica de El Chocón⁴¹.

En su discurso inicial, retoma los objetivos de su gobierno anterior, quedando explicitados los dos ejes correspondientes al desarrollo de la Salud Pública:

"En salud pública nuestro interés se centra en dos programas específicos:

1º Saneamiento básico rural, con el mejoramiento del estado sanitario de la vivienda rural y provisión de agua potable;

2º Atención médica integrada, con acciones de educación sanitaria y extensión de los servicios a la población rural dispersa que tiendan a disminuir el elevado índice de mortalidad infantil."

(Felipe Sapag, 1970. Sapag 1989, p.125)

Ese mismo año fueron designados como Director General de Salud y Directora de Maternidad e Infancia, dos médicos con formación sanitaria: Néstor Perrone y Elsa Moreno respectivamente. Ambos tenían como compromiso presentar en un lapso de noventa días el Plan de Salud Provincial. El mismo tenía como propósito revertir los altos porcentajes de hidatidosis, brucelosis, desnutrición, bocio y tuberculosis, especialmente en el área rural y en particular en las Comunidades Mapuches.

Para tal fin se estructuró el sector público de salud en tres niveles: central, zonal y local basándose en el principio de regionalización (el cual no se correspondía necesariamente con la división política departamental). A nivel central,

⁴¹ El conflicto obrero fue notable por su gravedad y magnitud y por el momento político en el que se generaba (golpe militar y proscripción peronista, sindicatos y reclamos por la continuación de políticas desarrollistas por parte de 1200 trabajadores). En el enfrentamiento estaban involucrados las autoridades nacionales y provinciales y sus partidos políticos. Dentro del movimiento obrero regional una de las corrientes políticas predominantes era el Movimiento Popular Neuquino cuyo líder era Felipe Sapag. (Mases y col 1998).

posteriormente Subsecretaría de Salud, se crearon cuatro direcciones con funciones esencialmente normativas: atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales y administración.

Cada Región o Zona Sanitaria tenía funciones operativas, cuyo responsable debía ser un repetidor técnico del nivel central, adecuando y supervisando las normas. Los aspectos administrativos tuvieron cierto grado de descentralización para mejorar la logística.

Se generó una red de establecimientos cubriendo recursos y necesidades edilicias de veinte áreas programáticas, dependientes de establecimientos hospitalarios en centros urbanos, y hospitales rurales destinados a ciertos núcleos poblacionales más distantes. La modalidad de trabajo para el área rural se basó en la visita domiciliaria a cargo de los agentes sanitarios. (Sapag 1989, p.120:133)

Así surgió el Plan de salud con el consiguiente Sistema Público de Salud Neuquino cuya programación de actividades puso énfasis en la promoción y protección de la salud, la atención médica primaria y el saneamiento del medio ambiente gracias a decisión política y fuertes inversiones.

La implementación de las Políticas Sanitarias era altamente normativo y centralizado en parte por las recomendaciones internacionales y nacionales y en parte por las dificultades de acceso (no se contaba con caminos adecuados), la escasa infraestructura, el recurso humano insuficiente y precarios medios de comunicación.

Para agilizar los trámites que permitían la movilidad de los equipos al interior de la provincia, se informaba al personal de la Subsecretaría sobre la importancia de las tareas a cumplir.

"... en esa época en salud éramos 35 a 40 personas, no más y todos informábamos al resto sobre la importancia de las tareas específicas de cada sector y la importancia de agilizar los viáticos..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

La idea fue generar un Sistema de Salud Público que respondiera a un modelo organizacional regionalizado e integrado, a través de una red de establecimientos de niveles de complejidad creciente agrupados en zonas sanitarias.

Dentro de las prioridades señaladas estuvo el control de la hidatidosis para lo cual se generó un programa específico.

En el escrito personal de quien estuvo a cargo del Programa Integral de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis (1970-1988), se señalan tres hechos fundantes:

1- La ejecución del Convenio entre Salud Pública de la provincia y la Comisión Coordinadora de Zoonosis (antes señalada años 1958-1959)

2- La realización del congreso de Hidatología en la localidad de San Martín de los Andes, Provincia del Neuquén, año 1969 donde se difunden ante autoridades nacionales y provinciales los resultados alarmantes de esta endemia: 43% infestación canina y más del 80% de la población "ignorantes" de la enfermedad.

3- Organización del Sector Público de Salud (1970) sustentado en los siguientes principios: a) decisión política de priorizar la salud y otorgarle los

recursos necesarios; b) incorporación de la salud a los planes de gobierno; c) organización sectorial en niveles integrados por Zonas Sanitarias con aplicación del principio de normatización central y descentralización ejecutiva enmarcado en los conceptos modernos administrativos recomendados por la OPS (Método CENDES/OPS).

Como resultado se firmó un convenio entre la Subsecretaría de Salud y la Secretaría de Agricultura y Ganadería para ejecutar un programa a llevarse a cabo en el lapso de 12 años con colaboración de CEPANZO teniendo como consultor externo al Dr. Michel Gemmel, jefe del programa de hidatidosis en Nueva Zelanda.

Desde la estructura organizacional institucional de la Subsecretaría de Salud, de la Dirección de Saneamiento Ambiental dependían tres departamentos, entre ellos el de Zoonosis, desde el cual se elabora el Primer Programa Piloto Integral de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis en la Provincia del Neuquén, incorporándose al equipo de salud un médico veterinario con formación en Salud Pública, aspecto novedoso en el trabajo sobre el medio ambiente.

Este programa piloto o experimental se implementó en una parte de la provincia donde se concentraba la producción ovina y estuvo enfocado en mejorar la información epidemiológica, ensayar técnicas de diagnóstico en animales y humanos, evaluar medidas de control no tradicionales e identificar y medir factores condicionantes del daño.

Su mentor, contó las particularidades de la propuesta que consistían en extender hacia las zonas rurales mataderos sencillos y efectivos, y desparasitar a los perros de manera periódica a intervalos tales que disminuyeran la contaminación de los campos y la parasitación canina y ganadera.

"...Este programa piloto tenía otros componentes que no tenían los programas de otras partes del mundo...la identificación de perros por medio del tatuaje numerado en la oreja con la ficha correspondiente como estrategia para hacer mejor la dosificación; planos de mataderos rurales llamados "colgaderos", y la estrategia propiamente dicha de dosificación⁴²..."

...es muy distinto dosificar perros cada tanto a hacerlo con una periodicidad de 45 días... porque si un perro ingiere un quiste hidatídico hasta que el parásito llegue al intestino y los huevos sean infestantes pasan al menos 50 a 52 días. Si nosotros desparasitábamos cada 45 días aunque esté infestado el perro (en ese momento usábamos Arecolina que no era ni tenicida ni ovicida), salían los huevos no infestantes y los parásitos adultos no estaban grávidos...así no infectábamos al campo ni a las persona cuando eran largados al ambiente con la purga...

...este método masivo y periódico con Arecolina, mostró por primera vez su efectividad en disminuir en forma sostenida la infestación canina..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

El programa se subdividía en cuatro subprogramas: atención veterinaria, saneamiento ambiental, educación para la salud, y atención médica y laboratorio.

Se inició en tres departamentos de la provincia seleccionados por la alta endemicidad (Huiliches, y parte de Alumine y Catan Lil) los cuales se compararon con un área testigo de similares características (Collon Cura y el resto de Alumine y Catan Lil), para medir el impacto de las actividades de control. Ver figuras 38 y 39.

⁴² Dosificación está referida al proceso de diagnóstico canino y desparasitación transitoria a través de la purga de bromhidrato de Arecolina dada con una jeringa por boca a cada perro durante las concentraciones y evaluaciones caninas.

Se partió de la hipótesis que los factores ecológicos que ofrecía la provincia eran propicios para la supervivencia y difusión de la hidatidosis dando como resultado áreas endémicas.

El trabajo estaba enfocado principalmente en:

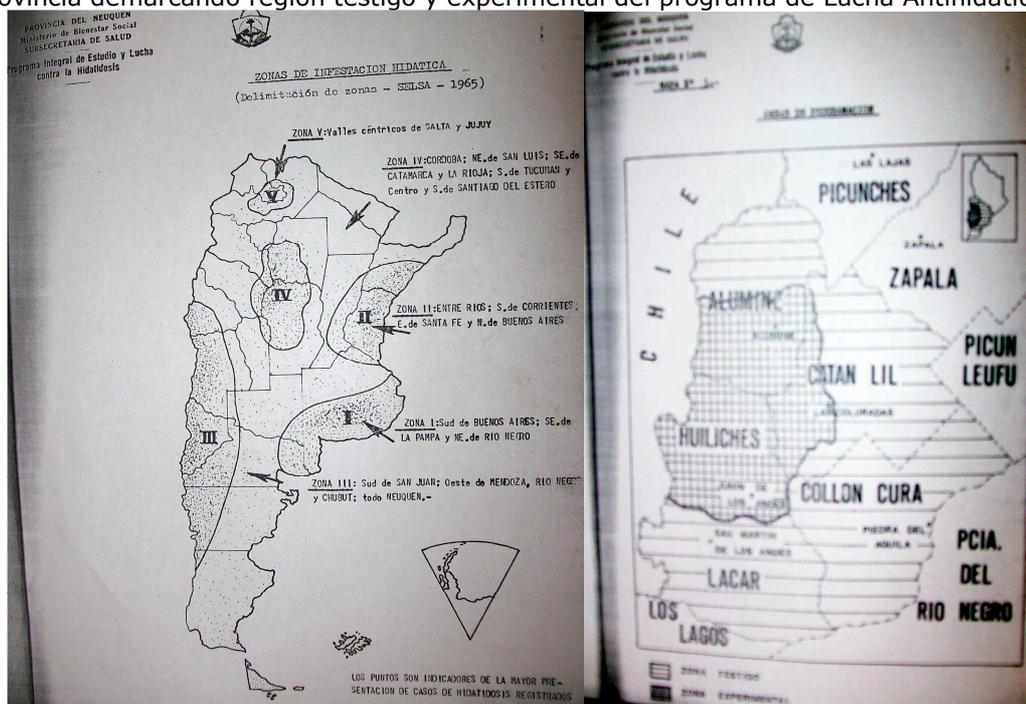
- El perro doméstico, principal huésped definitivo de la tenia *Echinococcus* como consecuencia de ser alimentado con vísceras crudas
- Práctica ancestral de faena domiciliaria de animales para consumo
- Condiciones de vida de subsistencia y pobreza
- Utilización de estrategias que permitieran interrumpir el ciclo del parásito en diferentes estadios del mismo disminuyendo progresivamente la contaminación ambiental del parásito.

Las acciones estuvieron dirigidas a disminuir la equinococosis canina por medio de matanza y dosificación periódica, realizar mejoras sanitarias en mataderos, difundir el ciclo de la enfermedad para contribuir con el cumplimiento de las recomendaciones de prevención y no alimentar a los perros con vísceras crudas.

La medición de los resultados se realizaba a través de tres indicadores básicos que dependían de las estrategias de vigilancia epidemiológica: a) índices de infección equinocococica canina; b) prevalencia hidatídica en herbívoros faenados; c) prevalencia e incidencia hidatídica en humanos.

A estos indicadores se agregaba la evaluación de la respuesta de individuos y comunidades que solicitaban los servicios, en quienes se debía lograr un cambio a través de su participación activa; comprendiendo factores psicológicos y culturales y haciendo uso de herramientas educativas.

Figura 38: Mapas de infestación hidatídica en Argentina (SELSA 1965) y Figura 39: áreas de la Provincia de Neuquén demarcando región testigo y experimental del programa de Lucha Antihidatídica



Fuente: documentos e informes del proyecto inicial.

Este programa fue la base de todos los que lo sucedieron en la provincia. Su actividad se extendió a estudiar el ciclo silvestre del parásito, incorporar medios de diagnóstico humano y probar estrategias de dosificación canina que disminuyera la contaminación ambiental. (Dirección de Zoonosis, 1971, Evaluación del primer año de tareas)

Desde los inicios, el programa se apoyó en el personal capacitado en la dosificación canina. Ellos eran los que viajaban al interior y tenían contacto con los pobladores, personal de salud y educación, intendentes y comisiones de fomento. Genéricamente recibieron la denominación de "perreros".

Los primeros equipos fueron captados de los grupos que trabajaron en el censo ganadero.

"...cuando pusimos a andar el programa piloto armé los equipos con gente que ya había preparado en el censo ganadero...el primer equipo lo mandé a trabajar a Junín de los Andes...lo formaban tres muchachos solteros preparados en CEPANZO...antes de ir yo les explicaba lo que iban a hacer pero más que capacitarlos lo que yo quería era inculcarles responsabilidad en el trabajo...la importancia que tenía su trabajo..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

El transmitir la tarea y mostrar su importancia, fue valioso para los propios equipos. Ellos desde un principio se identificaron y apropiaron de su actividad, cumpliéndola con responsabilidad y recibiendo reconocimiento.

"...era importante que se entendiera la tarea del "perrero" y como se traducía su trabajo en la salud...ellos armaban su programación y después de cada ronda (viajes al interior) me daban un informe de lo actuado, las dificultades, etc...y asumieron más responsabilidad de la que tenían...yo recibí mucho más de los que les dí..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

No hay que olvidar que se estaba en medio de un contexto de relaciones sociales controlado, militarizado, en las cuales las jerarquías eran muy respetadas. Era una época donde había mucho para hacer, había con que y se debía hacer; y quienes conducían las políticas sanitarias fueron muy valorados por sus capacidades organizativas y de gestión.

"...lo principal fue la cabeza de Salud Pública...fue excepcional...Perrone, Moreno, Del Vas, Pellín...siendo médicos, enriquecieron la política...antes era mucho más fácil, se daba la directiva y todos cumplían...además eran épocas duras, había que hacer las cosas y se hacían..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

El aval político fue indispensable para su ejecución y el prestigio logrado era una buena carta de presentación que abría puertas.

"...esto nace con Felipe⁴³...tenía influencia en todos los intendentes...el equipo de salud era muy bien visto, uno iba y decía que era de Salud Pública y la cosa era distinta, a uno o recibían distinto..."

"...la Sociedad Rural también daba su apoyo y los estancieros alojaban a os equipos...tenían un apoyo extraordinario de la zona rural y recibía comentarios muy buenos, incluso de la gente del exterior que en ese tiempo venía de Inglaterra,

⁴³ Felipe por Don Felipe Sapag, gobernador de la provincia en esa época.

nueva Zelanda, Rusia...y no solo el respeto y la admiración era por el programa de hidatidosis...era por los equipos de salud pública...”

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

El programa de hidatidosis en marcha

Desde las fuentes documentales, los informes de evaluación anuales desde 1971 a 1979 y la evaluación de los 15 años del programa, dan cuenta de la información en calidad y cantidad, el cumplimiento de metas y las limitaciones encontradas, a través de un trabajo sostenido que se extendió al resto de la provincia en pocos años y pasó por varias gestiones de gobierno.

Durante estos 15 años se fueron incorporando nuevas tecnologías para diagnóstico humano y tratamiento canino, mejora en los accesos por las redes caminera, de comunicaciones con repetidoras en todo el territorio, de aeropuertos y de servicios asistenciales; éstos últimos interrelacionados y organizados en cuatro zonas sanitarias con sistemas de referencia y contrarreferencia por complejidad creciente.

Una de las estrategias iniciales fue controlar la población canina y sobre todo la correspondiente a perros infectados.

Las fotografías que ilustran las etapas iniciales de las actividades del programa fueron aportadas por el médico veterinario que fue el primer director del programa y muestran la matanza de perros (rifle sanitario) y las actividades de evaluación canina en la ciudad de Neuquén a fines de la década de 1960 e inicios de 1970. (Figuras 40 a 42)

Figuras 40 a 42. Matanza de perros y concentración canina al inicio del programa en Neuquén



Fuente, Figuras cedidas en préstamo por Médico Veterinario Omar De Zavaleta)

La necesidad de tomar medidas drásticas como la matanza de perros a través del llamado rifle sanitario queda expresada en el siguiente testimonio:

"...como queríamos avanzar rápido en el control de la enfermedad comenzamos con la matanza de perros positivos..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado).

Ellos comenzaron las actividades diferenciando el área experimental con una periodicidad en la desparasitación canina cada 45 días a diferencia del resto del territorio provincial. Los primeros equipos de "perreros" estaban a cargo de poner a prueba es estrategia.

"...el primer equipo de perreros, del cual formé parte, comenzó a funcionar a partir del año 1970 en la zona experimental del Programa en una región circunscripta de los departamentos de Huiliches, Alumine y Collon Cura y una partecita de Catan Lil... en esa zona se hacía la evaluación canina y la desparasitación con Bromhidrato de Arecolina cada 45 días a diferencia del resto en que se hacía cada 180 días..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Las concentraciones caninas para la evaluación diagnóstica con Bromhidrato de Arecolina, se hacían en corrales de cemento que se construyeron para esos fines. Esos corrales se encontraban en las afueras de las Comunidades Mapuches y Parajes para evitar dispersión de huevos del parásito a la comunidad. Luego de cada actividad, se debía flamear la superficie con una lanza llamas para desinfectar.

La tarea a veces era ardua y eran conscientes que el trato, la comunicación con el criancero era fundamental para obtener mejores resultados en las propuestas de prevención y control.

"...había que tener muy buena voluntad y optimismo para tratar bien a la gente, porque cuando se juntaban 80 a 100 perros el trabajo era difícil y pesado...algunos tenían que esperar más de dos horas para que el animal bostee...a veces hacía mucho calor o frío..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado).

Los llamados "perreros", técnicos y paratécnicos a cargo de las evaluaciones caninas y del laboratorio móvil, eran los que se encargaban de los aspectos de promoción y educación para la salud a nivel local.

La irrupción de los equipos en las zonas rurales y en las Comunidades Mapuches no siempre fue tarea fácil y llevó tiempo de adaptación para ambos grupos. Las diferencias culturales eran importantes y se hacían sentir.

"...en general tenían una población ganadera y aborígen con diez agrupaciones mapuches...había criollos que tienen algún parecido con el aborígen, pero es distinto...el aborígen es difícil para que entienda porque se sentían perseguidos y sentían que uno estaba cambiando sus costumbres, su vida...y al principio les constaba aceptarlo..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Pero por otro lado, en cada uno de estos espacios ellos cumplían una tarea muy estimada, trayendo novedades, recados, lograban achicar el aislamiento social en el que se encontraban los pobladores rurales.

Para la realización de esas concentraciones, tenían pautados los meses y días de visita a cada paraje y comunidad, avisaban días antes por radio y la difusión se reforzaba desde escuelas, puestos sanitarios, estancias. Solían tener alta concurrencia y se vivía como momentos de reunión social.

"...la gente en las estancias nos recibía como de la familia, llevábamos noticias...estaban muy solos y no había radio ni televisión..."

"...la gente de los puestos, donde íbamos casa por casa, también nos esperaba..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

En las Comunidades Mapuches, la gente se preparaba como para un festejo:

"...y en las reducciones indígenas, era como que iban a una fiesta cuando se juntaban, las chicas se ponían vestidos coloridos..."

(Médico veterinario, 80 años, primer mentor del Programa de Hidatidosis)

Los equipos de perreros ante cada viaje, debían buscar alojamiento dentro de las áreas rurales. Muchas veces eran recibidos por las estancias, escuelas rurales y destacamentos policiales.

"...no había centros de salud en esa época y terminábamos quedando la noche en una estancia, en las escuelas rurales o en un puesto policial..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

En 1974 se creó el Fichero único de Hidatidosis Humana desde la Dirección de Epidemiología Provincial en base a la Ley Nacional de Notificación Obligatoria de Enfermedades bajo Vigilancia Epidemiológica (Ley N° 15465).

Entre 1978 y 1979, se extendió el programa a toda provincial y la información comenzó a ser representativa de la población general. En esos años se inició la pesquisa de casos humanos por métodos inmunológicos, en ciudadanos ingresantes a las Fuerzas Armadas, escuelas y población rural a través de un equipo de laboratorio móvil, lo cual aumentó la posibilidad de detectar enfermos con quistes en localizaciones extrapulmonares. Es de destacar que entre los años 1977-1979 en el área experimental no se detectaron casos en menores de 10 años mostrando el impacto logrado desde el Programa.

"...esta actividad por suerte se aceitó y en el año 1978 éramos seis los equipos, estaban a mi cargo desde el nivel central de salud...teníamos un laboratorio móvil para el diagnóstico humano, sobre todo estudiábamos a los chicos de las escuelas rurales y a las personas que tenían perros positivos...así se respondía con el diagnóstico y después con el tratamiento...al principio se iba a cada lugar de la provincia cada 180 días (dos veces al año), sobre todo antes y al regreso de la veranada...en invierno había caminos cortados por la nieve y era difícil llegar...muchos lugares quedaban aislados..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Tras ocho años de funcionamiento y por los buenos resultados obtenidos se extendió el programa a toda la provincia, el universo aumento cinco veces y requirió reprogramar el trabajo con colaboración de municipios y mataderos. Para esto se propiciaron medidas legislativas para garantizar las actividades de inspección, evaluación y mejorar servicios de faena. La sanción y promulgación de la Ley de hidatidosis en el año 1982, fue fundamento para una serie de sanciones y ordenanzas municipales que permitieron en ese entonces, hacer cumplir dichas actividades.

En algunas estrategias exitosas del programa, los laboratorios farmacéuticos tuvieron su papel ante la aparición en el mercado de un tenicida no ovicida, el Praziquantel (PZQ), el cual constituía una importante posibilidad de tratar la equinococosis. Este antiparasitario en esta etapa, fue entregado para el tratamiento del perro positivo. Se complementaba con las tareas de dosificación con Bromhidrato de Arecolina, las que se venían realizando en toda la provincia: cada 45 días en la zona rural y cada 180 días en las zonas urbanas.

El PZQ se comenzó a utilizar en el año 1978 y presentaba dificultades al momento de tratar a los perros por su feo sabor. Este fármaco daba la posibilidad de tratar al perro parasitado sin necesidad de eliminarlo.

"...el laboratorio que patentó el PZQ, ofreció probar su efectividad en Neuquén además de hacerlo en países como Australia y Nueva Zelanda, antes de que saliera a la venta...entonces el laboratorio colaboró con nosotros haciendo un almanaque con una tablita para todo el año...cuando faltaban 10 días para dar la pastilla al perro salía una leyenda que avisaba para la desparasitación siguiente. Y así empezaba una cuenta regresiva y otra que decía mañana se dosifica al perro y ese día en la hijota aparecía una bolsita con pastillas..."

...eso fue de gran utilidad y de mucha aceptación, pero cuando terminó lo del laboratorio que salió el remedio al mercado, la provincia tuvo que comprar las pastillas y los almanaques que eran muy caros se suplantaron por almanaques comunes donde se marcaba el día de la desparasitación..."

...algo similar ocurrió en el ochenta y seis, con los bizcochos con PZQ...la pastilla era muy fea y difícil de que el perro la comiera, entonces el mismo laboratorio pone a prueba un bizcocho para perros con PZQ incluido y eso dio mucho resultado...esa masita se había probado ya en Australia y Nueva Zelanda...cuando se saca a la venta fue muy caro para comprarlo..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado).

Otro cambio surge con la incorporación de un nuevo método de diagnóstico humano, la ecografía. A partir de su implantación se pudo comprobar que las formas de presentación extrapulmonares eran dos a tres veces más frecuentes que las de localización pulmonar.

En 1981 se comienza a incorporar la ecografía como método de diagnóstico, lo cual genera un aumento notable de "casos" detectados y en 1983 se inicia el catastro ecográfico en áreas rurales aplicando la experiencia de la provincia de Río Negro (Dr. Frider y Dr. Larrie) con el uso de equipos móviles.

En el año 1982 a partir de la Ley 1358 y el Decreto Nacional N° 877/80 se declara obligatoria la adopción de medidas destinadas al control y erradicación de la Hidatidosis en todo el ámbito del Territorio Provincial de Neuquén:

"... En ejercicio de las facultades legislativas concedidas por la Junta Militar, el Gobernador de la provincia del Neuquén sanciona y promulga con fuerza de ley las medidas dispuestas y las reglamentaciones destinadas al control y erradicación de la Hidatidosis en todo el ámbito del territorio Provincial y por el Decreto N° 1530, 28 de julio de 1982, artículo 1º, se designa a la Subsecretaría de Salud (SSS) como autoridad de aplicación de la Ley N° 1358⁴⁴..."

⁴⁴ Ley 1358, 18 de abril Año 1982 provincia. del Neuquén. SSS; Decreto Nacional N° 877/80; Ley de Lucha contra la Hidatidosis, para su control y erradicación. Expediente N° 2403-45574/81 registro de la SSS dependiente del Ministerio de Bienestar Social

La faena en los mataderos de la provincia a inicios del programa era reducida y la información obtenida era escasa y de mala calidad, pero esto fue mejorando progresivamente hasta llegar, en pocos años, al 100% de la información esperada por establecimiento en forma confiable y con periodicidad mensual.

Se generaron recomendaciones y asistencia de ingeniería sanitaria ante los resultados de las inspecciones realizadas. Se capacitó a veterinarios y asistentes que se desempeñaban en estos establecimientos. Con todo el trabajo realizado en mejoras, asesoramiento, construcción de mataderos urbanos y rurales (establecimientos ganaderos) quedó demostrado el importante papel que desempeñaban los establecimientos faenadores contribuyendo a interrumpir el ciclo, al disminuir la oferta de vísceras crudas a los perros y ofrecer a la comunidad en general productos cárneos procesados bajo condiciones higiénico sanitarias adecuadas.

La Subsecretaría de Salud fue el ente de aplicación de la Ley Federal Sanitaria de Carnes y ejercía la responsabilidad total de esta actividad a través de convenios con los municipios.

Durante el período 1984-1985 se realizaron encuestas inmunológicas y por imágenes en diferentes departamentos de la provincia, pero sin contar con las limitaciones que desde las capacidades asistenciales se podían ofrecer para poder dar respuesta quirúrgica a todos los pacientes que así lo requerían. En todos estos estudios el grupo de mayor riesgo pertenecía a la población rural y en especial a las comunidades de Pueblos Originarios por lo que concluyen que la eficacia del programa debe medirse en poblaciones de mayor riesgo.

En relación al trabajo de difusión de información, se tomaron como ejes la a las mujeres y niños/as como claves para los cambios de hábitos relacionados a la faena y al cuidado de mascotas. Entre las estrategias estuvo el trabajo directo con los docentes para la incorporación del material preventivo y el ciclo del parásito en la currícula de las escuelas rurales.

"... ellos conocían el "quister de agua" pero lo veían como algo natural de los animales...por eso había que hablarles cual era la función del animal en la infección del hombre...grabaron que el animal comiendo pasto se infectaba, tenía e quiste y ese quiste lo comía el perro y el perro así nos podía enfermar...esa parte la tenían clara pero no lo asumían porque sino cuando venía la dosificación y se les preguntaba porque tenía el perro infectado de vuelta, respondían les di las achuras crudas...no se si les llegaba a interesar el problema o no, había mucha gente enferma y casi todos tenían un familiar enfermo o muerto por hidatidosis..."

(Médico veterinario, 80 años, primer mentor del Programa de Hidatidosis)

Las medidas de prevención y control requerían modificar algunos hábitos, sobre todo aquellos relacionados a la faena domiciliaria o en campo abierto. El objetivo buscado era evitar la alimentación de perros con vísceras crudas. En este contexto, la trashumancia era vivida como contraproducente para el programa.

"...nosotros veíamos la muerte de los animales en el campo donde solo cuereaban al animal y tiraban las vísceras...una práctica que es difícil que la modifiquen...la trashumancia para un programa como este es contraproducente porque la gente va a áreas donde no hay leña, no hay nada. La parte de precordillera tiene valles muy lindos de pasto pero sin arboleda...y las achuras

¿Cómo hacemos para hervirlas?....

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

Dentro de las estrategias estuvo el localizar aquellos miembros de la familia que pudieran ser promotores de los cambios buscados. Las mujeres parecían reunir esos requisitos.

"...la mujer en estas familias tiene un papel preponderante, muy importante, más que el hombre...quien enfrenta la vida cotidiana es la mujer y yo siempre trataba de hablarles a las mujeres...porque si a una madre uno le habla del peligro, del riesgo de infección para su hijo...ella es la protectora...y es la que un poco más cumplía con estas cosas...."

...siempre fue dificultoso, por eso enfocamos los mensajes a la mujer que tiene mucha preponderancia sobre la familia..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

También estaban enfocados en poder llegar a los niños y niñas, como promotores de cambio en el núcleo familiar. Para ello se les enseñaba el ciclo del parásito y la tenencia responsable de sus mascotas, desde la escuela, incorporando estos temas en la currícula escolar. En este aspecto el trabajo con los docentes fue clave.

"...ellos están en continuo contacto con la naturaleza desde chicos y el perro es parte de eso. Por eso es que siempre hay que tratar de enseñarles el ciclo y la importancia que tiene el perro en este ciclo... que los puede infectar..."

...nosotros somos sanitaristas no educadores, nosotros buscábamos agrupar docentes, hacer cursos, darles charlas y elementos para que trabajen, porque ellos son quienes tienen que hablarles a los chicos...si el maestro se copa con el programa tiene un valor incalculable..."

(Médico veterinario, 80 años, primer director del Programa de Hidatidosis)

Para llegar con los mensajes a los hombres de campo, una de las estrategias fue a través de la música folclórica. Los mensajes reforzaban las medidas de prevención pero también traducían parte de las lógicas sanitarias de la época, apelando a la ignorancia y a la culpa, responsabilizando al individuo respecto a los hábitos riesgosos que podían repercutir en su propia salud y a de su familia.

Uno de los "perreros" solía tocar la guitarra durante los descansos en las concentraciones y compuso una zamba y dos milongas relacionadas a la hidatidosis para reforzar los mensajes preventivos, sobre todo relacionados a no dar las achuras crudas al perro y sobre la importancia de la dosificación. Se transcriben algunas estrofas:

*"Se alimentó con achuras
con hueso y sopa con pan
y debido a mi ignorancia
me iba a contagiar el mal...."*

*...La verdad con mucha pena
Al perro lo hice matar
No sea que por culpa mía
Alguien la pasara mal".*

Una de las milongas estaba dirigida a los niños/as para que ellos ayuden a hacer recapacitar a los padres:

*"...No se olvide papito querido
Los consejos que ayer nos dijeron"*

*Cocinar siempre bien las achuras
Que le damos de comer al perro...*

*...Hace un tiempo cuando mi mamita
Enfermó y se nos fue al cielo
Por ese mal llamado hidatidosis
Que a la gente le pega los perros...*

*...si usted fuera más precavido
ahora yo podría estar enfermo...*

*...no se olvide por favor recuerde
Y no arriesgue usted el cuero ajeno
Abandone esa mala costumbre
Hacer daño es algo muy fiero."*

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Era frecuente observar que había familias que en forma reiterada tenían perros positivos y las estrategias de control estaban más facilitadas en las Comunidades Mapuches cuando lograban incorporar al Lonco en las decisiones:

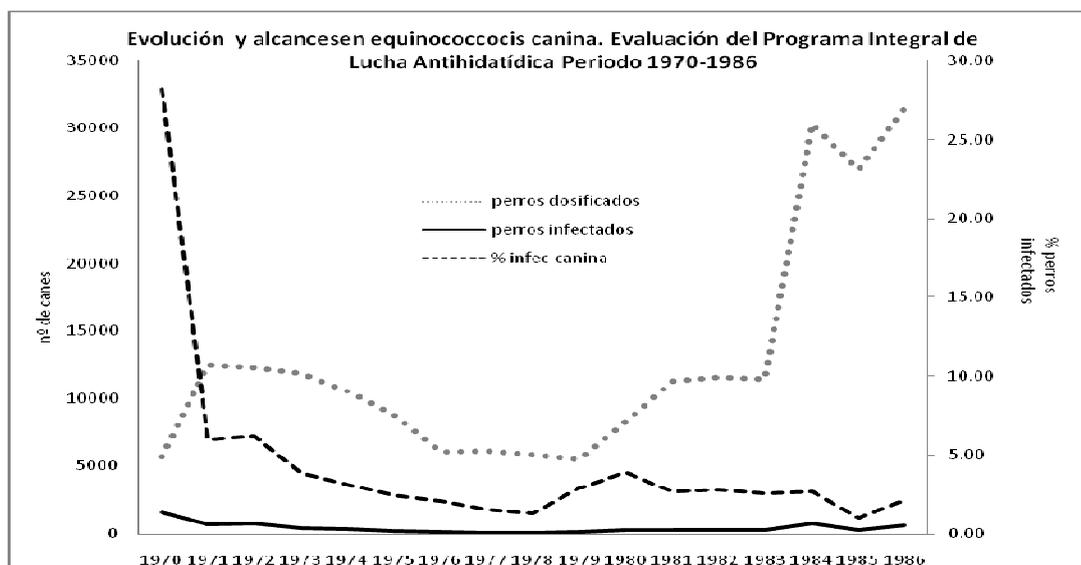
"...cuando hacíamos las evaluaciones, en general, solían dar positivos los perros de las mismas familias...la forma que teníamos para ayudarlos era drástica porque no podíamos quedarnos a dormir tranquilos enterrando la caca de un perro positivo y que ellos lo llevaran a su casa. Si era de una comunidad hablábamos con el cacique y él era el que nos pedía que matáramos al perro para que no afecte a la comunidad...

...con los criollos, le dábamos otra chance, a la segunda o tercera eliminábamos el animal...aunque se enojaran y éramos inflexibles...el hombre solo en el campo es medio abandonado..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Estos primeros 15 años del programa tuvieron un exitoso cumplimiento de las metas propuestas pero las acciones sobre todo recayeron en la desparasitación, fortalecimiento en mejoras en establecimientos faenadores mataderos y en la vigilancia epidemiológica en humanos (Gráficos N° 1 y N° 2)

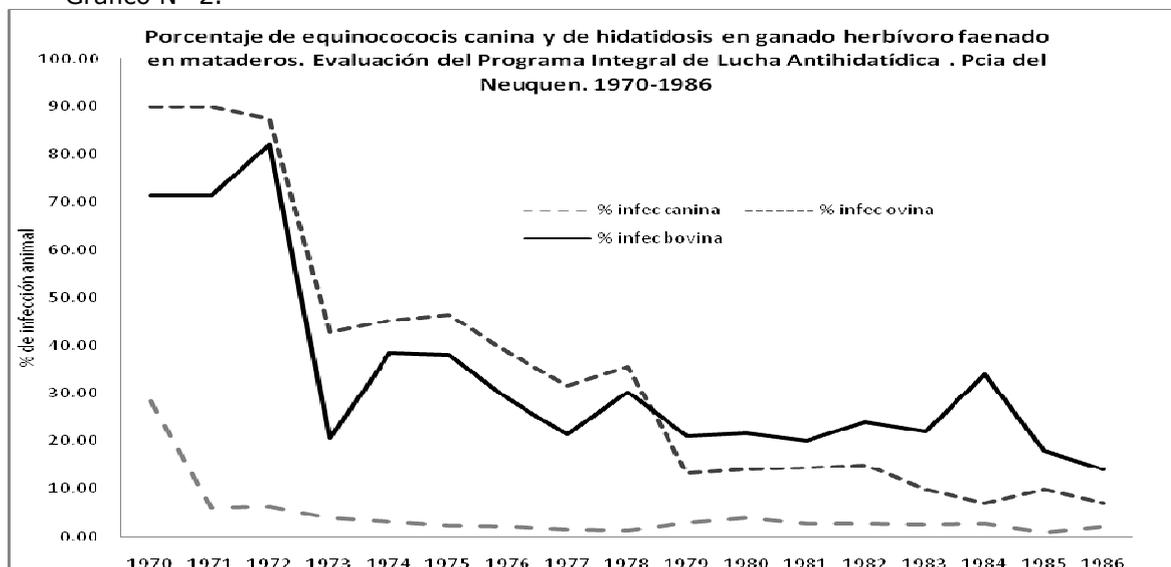
Gráfico N° 1:



Elaboración propia. Fuente: documentos oficiales de las evaluaciones del programa 1970 a 1986

En el gráfico 1 se muestra el impacto logrado durante este periodo en el control de infestación canina, los perros que fueron dosificados y evaluados. El descenso de perros parasitados en los primeros años es debido al uso de rifle sanitario. Los valores de infestación más bajos y sostenidos, fue acompañado de la incorporación del PZQ.

Gráfico N° 2.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos ofrecidos por los documentos del programa en cada año evaluado 1970:1986⁴⁵

La manera efectiva de dosificar a los perros con Arecolina en forma periódica y la disminución drástica de perros infectados en los primeros años, generó un importante descenso de hidatidosis en el ganado observada desde los animales faenados en mataderos. El pico observado en los bovinos entre los años 1984 a 1986 no es sencillo de explicar pudiendo influir el aumento de mataderos y la mejor información recibida como también la procedencia del ganado desde otras provincias.

Para éstos logros, fue importante el haber contado con una continuidad ejecutiva, presupuestaria y técnica, con apoyo político e interinstitucional, a pesar de pasar por siete gestiones de gobierno diferentes.

Como dificultades no menores figuran en los documentos: 1) limitaciones en la integración a las actividades del programa desde la población criancera, sobre todo mapuche, 2) dificultades de trabajo integrado entre instituciones locales de salud, educación y municipios, 3) logro de cambio de hábitos en faena domiciliaria y 4) respuesta quirúrgica insuficiente ante la cantidad de personas diagnosticadas, lo cual generó conflictos en ciertas comunidades. (Dirección de Zoonosis 1985)

Otros testimonios correspondientes a la primera etapa del programa:

En una de las Zonas Sanitarias más pobres, en la Zona Norte, desde el año 1976 hasta 1996, estuvo trabajando un técnico quien comentó sobre las dificultades y logros cuando se extiende el programa a toda la provincia. En general coinciden los testimonios sobre la resistencia sentida desde las Comunidades Mapuches al trabajo de los perreros.

⁴⁵ La hidatidosis en caprinos no se incluye porque en ese tiempo su faena en mataderos era escasa e irregular

"...en las reducciones indígenas era más difícil trabajar, eran más reacios a llevar los perros o no aceptaban lo que les queríamos decir...pero le buscábamos la vuelta con palabras sencillas, simples y nunca abandonando el intento, seguíamos insistiendo hasta convencerlos..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

La proporción de perros parasitados era de las más altas en la provincia, llegando en algunos parajes a comprometer a la tercera parte de la población canina y su control se tornaba dificultoso debido a los inconvenientes para acceder a esos lugares, lo que a veces requería que los agentes sanitarios se movilizaran a pie o a caballo.

"...había muchos perros infestados...los índices alcanzaban en algunas zonas, el 78% de la población canina evaluada, en otras el 15 ó 10%... En promedio teníamos 35% de los perros positivos en la población rural...recursos y movilidad teníamos bastante pero había dos cosas que no teníamos: buenos caminos y no se podía llegar a todos los lugares en vehículo...teníamos que ir a caballo o caminando pero de alguna manera teníamos que llegar a todos los lugares..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

Los perreros completaban su trabajo con lo que llamaban educación sanitaria, tratando de informar sobre el ciclo del parásito utilizando los medios didácticos que eran posibles. A veces generaban concursos para estimular el trabajo con los niños y niñas a través de las escuelas.

"...el trabajo en terreno tenía que estar acompañado por una educación sanitaria...nos manejábamos con un pizarrón, una lámina o cosas por el estilo para llegar a la comunidad...hacíamos concursos en las escuelas rurales para elaboración de afiches locales...se ganaban cuadernos y libros, eso tuvo mucho éxito..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

La presencia y constancia, así como el acompañamiento fueron fundamentales para la obtención de resultados. Era sentido que debían contar con la participación de la gente desde las diferentes instituciones y con los pobladores en particular.

"...era un trabajo constante de todos los que estábamos...gente de salud, de los municipios y la comunidad misma..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

El apoyo del nivel central de la Subsecretaría de Salud y más específicamente del director del programa, jefes de zona y directores de hospital brindaba la posibilidad de hacer un trabajo con continuidad contando con los recursos necesarios y de esa forma obtener los resultados buscados en la disminución de la parasitosis canina.

"...siempre teníamos el apoyo del nivel central, de los hospitales, los jefes de zona...después de los primeros 10 años logramos bajar entre el 5% y 3% la infestación canina..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

En algunos niveles locales buscaban llegar al hombre que estaba en el campo para comprometerlo en las medidas de prevención, las cuales recaían sobre cambios en los hábitos individuales.

"...al principio los que venían con los perros eran los chicos, nunca los padres...empezamos a ir casa por casa y a las escuelas, no a evaluar perros eso lo hacíamos en el corral...a mostrarles que esto era un problema de la familia...que los que más pasaban tiempo con los perros eran los grandes, que no era un problema de los chicos....con el tiempo empezaron a venir a las concentraciones las personas grandes...uno también debía comprender lo que le pasaba a la gente...no siempre podían..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

En algunos sectores ganaderos, los estancieros, veían la hidatidosis como un problema ajeno a su establecimiento, y recién comenzaban a participar cuando tenían a su cargo alguna persona enferma.

"...no era que no sabían de la enfermedad, no les daban importancia....incluso de las estancias nos decían que ellos no tenían nada que hacer que era un problema de Salud Pública...pero cuando enfermó un peón...empezaron a escuchar..."

(Técnico del programa en Zona Sanitaria III, 30 años trabajó en hidatidosis, actualmente jubilado)

Algunas personas que han vivido las etapas iniciales del programa, recuerdan de manera diferente sus intervenciones. Los crianceros por ejemplo, hicieron referencia a los perreros y sus visitas al campo pero también al *sometimiento* a estudios diagnósticos realizados por personal de salud.

"...desde la época en que hablaban de la hidatidosis es que venían los perreros una ó dos veces al año....me han sacado radiografías y hecho otros estudios...me pasaron por la máquina...a la señora también...todo salió bien..."

(Hombre, 74 años, criancero mapuche comunidad Carri Lil, Alumine)

"...cuando se hacían los catastros nos sometíamos bien, pero no era el hospital, eran los perreros..."

(Hombre, 77 años criancero capitalizado, criollo, Alumine).

En cambio, el recuerdo de los ganaderos estaba más relacionado a contar como observador externo lo que ocurría, si bien en las estancias estaban a cargo de hacer cumplir las recomendaciones.

"...el que estaba a cargo del programa, se daba una recorrida por todas las zonas y tenía muy buena llegada con la parte de educación, juntaba a los chicos, les hacían dibujos y les explicaba...nosotros incorporamos todos los recaudos y se trabajaron en forma continua en el establecimiento...el que no lo mama con el tiempo lo incorpora..."

(Hombre, 75 años, ganadero criollo, Loncopue).

La difusión de la llegada de los perreros, muchas veces se realizaba con importante participación de los docentes de escuelas rurales.

"...iba gente de zoonosis, de salud, los que les decíamos los perreros, haciendo desparasitación en el puesto sanitario, a veces en la escuela... y desde la escuela se convocaba a los a los productores y venían el 80% con sus perros...siempre había algunos que se reservaban, el mensaje no era bien comprendido a veces y había que seguir insistiendo..."

(Hombre, 60 años, docente de escuela rural, departamento Loncopue)

En general, en las escuelas la hidatidosis era sentida como un problema de salud porque en esa época era frecuente tener alumnos afectados por dicha enfermedad. El miedo a poder enfermarse como los compañeros se usaba como motivación para trabajar en prevención.

"...tuve varios alumnos que fueron operados, algunos con quistes hidatídicos muy grandes, el médico mostraba lo que tenía y les explicaba a los chicos que no era sencillo ni bueno de tener pero que se podía controlar...los chicos tenían miedo de tener una enfermedad así...y yo ayudaba mucho a cuidar de las familias a través de los pibes..."

(Hombre, 60 años, docente de escuela rural, departamento Loncopue)

Desde los equipos de salud era frecuente realizar catastros buscando enfermos de hidatidosis y se les realizaban estudios que no siempre eran acompañados por el consentimiento de los padres y madres. Había como un criterio de autoridad implícito en la figura de los médicos que permitía "un dejar hacer por la salud de sus hijos".

"...en Loncopue se los llevaba a hacer estudios, les sacaban sangre, les hacían ecografías...si se encontraba algo se los mandaba a Neuquén a operar...a los padres se les avisaba pero no se les pedía permiso"

(Hombre, 60 años, docente de escuela rural, departamento Loncopue).

Evolución de la enfermedad durante la primera etapa del Programa:

Los datos epidemiológicos fueron reconstruidos en base a informes y registros detallados contenidos en las evaluaciones del programa durante estos primeros quince años de funcionamiento⁴⁶. No se han podido recuperar datos en menores entre 1980 a 1986.

Es importante destacar que a lo largo de este periodo inicial, hubo diferentes momentos en relación a la extensión territorial del programa y a los métodos diagnósticos humano que permitieron buscar localizaciones quísticas extrapulmonares (serología, ecografía abdominal). La realización de catastros en poblaciones rurales con ecografía abdominal y serología (búsqueda activa de personas afectadas que podían estar sintomáticas o no), generó un aumento notorio de la denuncia de casos que hacen difícil su comparación con la línea de base previa y posterior a los mismos.

En la tabla Nº 2, que se muestra a continuación, se puede observar los casos notificados, las tasas o riesgos según se consideren la población total provincial o la población rural (ésta última a criterio de la autora refleja mejor la situación provincial) y la proporción de casos correspondiente a niños menores de 10 años. Cada uno de éstos indicadores epidemiológicos se encuentran relacionados con las diferentes estrategias utilizadas en el programa en esta primera etapa.

Comparando el riesgo (las tasas de incidencia) en la población rural con respecto a la población general, éste fue siempre más alto en la primera. Hasta el año 1982, fue 3.7 veces más alto y a partir de ese año llega a ser seis veces mayor.

Este aumento estuvo relacionado con la capacidad de detectar formas extrapulmonares, sobre todo intrahepáticas, a través de la ecografía abdominal.⁴⁷

⁴⁶ Los datos dependientes de las notificaciones (fichas de notificación) y estudios catastrales han sido incinerados en la década del noventa.

⁴⁷ Lamentablemente esta información no pudo ser analizada por departamento dado lo fraccionado y confuso de algunos informes.

Tabla Nº 2. Distribución anual de casos y tasas (0/000) de Hidatidosis Humana en la Provincia de Neuquén. Periodo 1970 a 1985. (n= 1384)

Año	Casos detectados en todo grupo de edad	Riesgo de hidatidosis en población general (0/000)	Riesgo de hidatidosis en población rural (0/000)	Casos detectados en menores de 10 años	Proporción de casos en menores de 10 años (%)	Riesgo de hidatidosis en menores 10 años de la provincia (0/000)
1970	35	2,26	8,48	6	17,14	1,43
1971	85	5,50	20,60	11	12,94	2,62
1972	44	2,85	10,66	6	13,64	1,43
1973	30	1,94	7,27	5	16,67	1,19
1974	33	2,13	8,00	4	12,12	0,95
1975	65	4,21	15,75	9	13,85	2,14
1976	81	5,24	19,63	17	20,99	4,05
1977	71	4,59	17,21	8	11,27	1,91
1978	66	4,27	16,00	10	15,15	2,38
1979	86	5,56	20,84	14	16,28	3,33
1980	78	3,20	19,82	Falta de información		
1981	85	3,50	21,68			
1982	141	5,80	35,92			
1983	137	5,60	34,68			
1984	132	5,40	33,44			
1985	215	8,80	54,50			

Fuente: elaboración propia en base a las evaluaciones y registros del programa (1971-1985)

Esta situación epidemiológica justificaba la necesidad de seguir trabajando con el programa en toda la provincia, sobre todo en las áreas rurales donde el riesgo estaba francamente aumentado.

Los primeros quince años del Plan de Salud

Es importante incluir el programa de hidatidosis dentro de lo que fue la puesta en marcha y desarrollo del Plan de Salud en la provincia, el clima político institucional de esa época y la inversión en políticas públicas como educación, vivienda, comunicación.

Hacia 1973, el "Plan de Salud" ya se había convertido en una importante fuente de capital político y sus resultados daban legitimidad al partido político de Sapag. Quedaba el desafío de perfeccionarlo, tarea de los equipos técnicos.

Los indicadores que se muestran en la tabla Nº 3, muestran el impacto de este proceso:

- la población provincial aumentó en un 150%
- la población rural pasó a ser la cuarta parte
- disminuyó la tasa de natalidad
- con fuerte disminución de la mortalidad infantil.

Tabla Nº 3: Resumen de indicadores demográficos según datos censales.
Provincia de Neuquén. 1960-1980

Total Provincial	1960	1970	1980
Censos poblacionales	109890	154570	243850
Densidad poblacional	1.17	1.64	2.59
% población rural	52.0	34.0	23.8
% población de 10 y más años analfabeta	19.03*	14.5	9.75
Tasa natalidad (0/00)	41	42	32.4
Tasa mortalidad (0/00)	12.5	11	5.3
Tasa mortalidad infantil (0/00)	117.9	102.1	31.7

Elaboración propia. Fuente: Datos censales del Instituto Nacional de estadística y Censo (INDEC) y DPEYC) y Estadísticas vitales de la Subsecretaría de Salud. *Esta proporción se ha realizado sobre población de 14 y más años.

El llamado Plan de Salud otorgó al sector público el rol principal y se convirtió en bandera de las políticas estatales de la provincia. Esta reorganización, expansión y prestigio del sector público comenzó a generar opositores en los otros sectores. (Taranda y col 2009) . Ver tabla Nº 4.

Tabla Nº 4: Algunos indicadores demográficos y distribución de los recursos destinados al Sector Salud en la Provincia de Neuquén. Periodo 1960 a 1980.

Indicadores	1960		1970		1980	
Habitantes	109.890		154.570		243.850	
Personal/indicad demográficos	Cantidad	Cada 10000 hab.	Cantidad	Cada 10000 hab.	Cantidad	Cada 10000 hab.
Médicos	24	2,2	90	5,8	252	10,3
Bioquímicos. /Farm.	1	0,1	11	0,7	24	1,0
Odontólogos	2	0,2	18	1,2	37	1,5
Enfermeras	46	4,2	250	16,2	453	18,6
Total	141	12,8	678	43,9	1.560	64,0
Camas	227	20,7	538	35	682	30,2
Establecimientos Con Internación.	10	0,9	19	1,2	25	1,0
Establecimientos Sin Internación.	4	0,4	11	0,7	55	2,3
Total Establecimientos	14	1,3	30	1,9	80	3,3
% de fallecidos entre 0 a 4 años	50,6		42,1		22,9	
Esperanza de años de vida al nacer	47,0		57,4		61,9	

Elaboración propia en base cuadros 3, 9 y 11, Taranda y col 2008, p. 40, 63 y 88⁴⁸

Los recursos humanos aumentaron en veinte años, once veces y entre 1970 y 1980, prácticamente se duplicaron. Este aumento fue sobre todo a expensas de médicos y enfermeras.

Entre 1970 y 1980, si bien aumentaron los establecimientos públicos con internación, fue más importante que en la década previa, el aumento de centros de atención ambulatoria como centros de salud y puestos sanitarios.

Tanto la esperanza de vida al nacer como la disminución del porcentaje de muertes en menores de 4 años, fue muy importante.

⁴⁸ Fuente: Bates Garcia Alicia y Perrone, Néctor, "La mortalidad.... op. cit., p. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174

La continuidad, consolidación y logros, le otorgaron al subsector público de salud un prestigio tal que lo convirtieron en capital político partidario, y a través de él se hizo explícito el compromiso del Estado provincial con la Salud Pública neuquina.

La eficacia del sistema público zonificado y organizados en función de crecientes niveles de complejidad asistencial hospitalaria se reflejó a corto plazo en los indicadores de salud, concretando así algunas de las políticas de bienestar impulsadas por el partido provincial. (Taranda y col 2008)

Desde antes de la provincialización, el subsector público de salud, siempre coexistió con otros subsectores como el privado y de obras sociales (antes del Plan de Salud fueron los principales efectores asistenciales en el territorio).

Esta coexistencia no careció de tensiones, ante la puesta en marcha del Plan de Salud, el cual estuvo basado en el modelo sanitario nacional que otorgaba al Estado un papel central, quitándoles poder a los sectores sindicales y a las corporaciones médicas.

Este modelo sanitario estuvo basado en las recomendaciones del Ministerio de Bienestar Social de la Nación, Secretaría de Salud Pública de la Nación. (Holmberg y Mondet, citado por Taranda y col 2008, p. 57)

El respaldo otorgado por el gobierno provincial, le confirió amplias facultades a los cuadros técnicos a cargo del diseño y dirección de las nuevas políticas sanitarias, hecho decisivo para la continuidad y consolidación del Plan.

También esta legitimidad ayudó a sostener su continuidad tanto en estructura como en operatividad, durante los inicios de las políticas liberales iniciadas a mediados del setenta, siendo considerado como modelo a seguir por las autoridades militares de ese entonces.

La imposibilidad de consolidar los convenios entre el estado y la obra social provincial, fue llevando a que ésta orientara los fondos hacia el subsector privado. Esto fue parte de un progresivo proceso de desfinanciación del subsistema público y de polarización público/ privado que se verá en los años próximos.

El cambio que se avecina ya se puede ir observando en las variaciones ocurridas en la distribución del recurso humano según los subsectores del sistema de salud de la provincia de Neuquén. (Ver tabla N° 5)

Durante la década del sesenta al setenta, se produjo un incremento en todos los subsectores pero de mayor magnitud en el subsector público en comparación con los privados y obras sociales.

En el setenta casi dos terceras partes de los recursos totales estaban destinados a establecimientos públicos de salud. En cambio entre los años ochenta, los recursos llegan casi a nivelarse a expensas de un mayor incremento en el subsector privado y de obras sociales.

Tabla Nº 5: Distribución y composición de los recursos humanos del Sistema de Salud de la provincia de Neuquén. Periodo 1960-1980.

Cantidad de recursos humanos según sector del sistema de salud				
Subsectores	Tipo de recurso humano	1960	1970	1980
Subsector Público de Salud	Médicos	24	90	252
	Bioq/Farma	1	11	24
	Odontólogo	2	18	37
	Enfermería	41	250	453
	Otros	73	318	794
	Total	141	687	1560
	Médico c/10000 habitantes	2.2	5.8	10.3
	Enfermera c/10000 habitantes	3.7	16.2	31.4
Subsector Privado y de Obras Sociales de Salud	Médicos	11	79	305
	Bioq/Farma	1	5	45
	Odontólogo	3	4	35
	Enfermería	67	84	335
	Otros	19	162	704
	Total	101	334	1424
	Médico c/10000 habitantes	1	5.1	12.5
	Enfermera c/10000 habitantes	6.1	5.4	29.5
Relación porcentual total (%)	Público	58	67	52
	Privado/ Obras Sociales	42	33	48

Elaboración propia. Fuente: Taranda y col 2008 p.36, 50 y 73 (cuadro 2, 5, 12)

Conclusiones:

A inicios de este periodo, la Provincia de Neuquén era una de las provincias más pobres de la Argentina, con indicadores socioeconómicos y sanitarios poco alentadores. Por esos años, su potencial energético e hidrocarburoso, captó el interés nacional permitiéndole contar con recursos para implementar políticas sociales que modificaron esa realidad.

La década del setenta, a nivel provincial, se caracterizó por un Estado Interventor y la implementación de políticas similares a las del Estado de Bienestar.

Sus ejes estuvieron dados por el papel regulador del Estado para incentivar el crecimiento económico, el pleno empleo, sostener el consumo y desarrollar políticas sociales compensadoras a las desigualdades que indefectiblemente el intercambio mercantil ocasionaba, pero sin alterar estructuralmente el modo de producción capitalista.

Fue necesario crear, definir y reforzar dicho marco social e institucional desde diferentes fuerzas políticas, económicas y sociales. Uno de los aspectos centrales fue admitir desde los discursos oficiales la desigualdad social como consecuencia de las políticas capitalistas y tomar decisiones e implementar intervenciones para disminuir la inequidad. El poder explicitar la desigualdad y obrar en consecuencia brindó al partido provincial legitimidad y gobernabilidad.

El cambio de rol del Estado con respecto a los diferentes sectores de la vida social provincial, trajo aparejado cambios en las relaciones sociales civiles, creando conciencia ciudadana, pero también clientelismo sobre todo político. Los derechos adquiridos se harán a posteriori, difíciles de modificar en épocas de recesión.

Este Estado empleador debió generar y administrar programas sociales para atender las demandas ciudadanas con incremento importante del presupuesto destinado a tales fines.

Entre las políticas sociales estuvo la decisión de modificar la situación sanitaria, motivo por el cual se ordenó desarrollar un Plan de Salud provincial que en corto plazo debía lograr impacto favorable en las causas de muerte prevenibles y evitables sobre todo materno infantiles. También fueron priorizadas desde el gobierno la tuberculosis y la hidatidosis por la morbimortalidad que producían, sobre todo en la población rural (34% de la población total).

En relación a ésta última, se desarrolló un programa integral de Lucha contra la Hidatidosis que tuvo reconocimiento internacional. Dicho programa estaba centralizado y contaba con equipos técnicos móviles que se desplazaban al interior de la provincia para la evaluación equinococosa canina, difusión de información y la detección de hidatidosis humana.

Durante estos quince años de estabilidad en su conducción y equipos técnicos y recursos sobre todo para movilidad y diagnóstico, las intervenciones fueron cumplidas con éxito y con la periodicidad establecida, logrando disminuir la parasitosis canina. También se logró dar cobertura a la totalidad del territorio provincial y mejoró aspectos higiénicos sanitarios relacionados a la faena rural en estancias y en mataderos provinciales y municipales.

Los adelantos tecnológicos relacionados al diagnóstico y tratamiento tanto humano como canino, fueron implementándose progresivamente.

Si bien los ejes estratégicos del programa fueron similares a los generados en otros países del mundo, algunas innovaciones relacionadas a la desparasitación canina fueron exitosas.

Este programa desde los aspectos conceptuales y operativos, fue la base de todas las propuestas provinciales posteriores.

Desde el análisis epidemiológico, esta enfermedad fue mirada básicamente desde dos enfoques complementarios: el biológico y el de riesgo.

Desde sus aspectos biológicos, como enfermedad parasitaria prevenible, marcó los ejes estratégicos del programa buscando desestabilizar el ciclo del parásito, diagnosticar y tratar a las personas afectadas. El peso de las intervenciones desde el Subsector Público de Salud estuvo enfocado a la dosificación canina y a la búsqueda de enfermos.

Desde el enfoque epidemiológico de riesgo, las actividades de mayor control y prevención estaban dirigidas a la población rural ganadera y de menores recursos.

Puesteros y crianceros fueron los principales destinatarios de información en procura de un cambio en sus hábitos relacionados a la faena domiciliaria, los cuidados y alimentación de sus perros. Esto implicaba no pocas alteraciones en los estilos de vida del criancero y su familia.

En ese contexto, la información epidemiológica se estructuró desde la investigación cuantitativa buscando saber cuántas personas estaban afectadas por la enfermedad, dónde vivían y con qué factores sociales ambientales y productivos se relacionaba. De esta forma se compararon riesgos y priorizaron lugares a intervenir. En el caso de la hidatidosis, los crianceros y puesteros criollos y mapuches, trashumantes o no, ocuparon el lugar central.

El concepto de riesgo justificaba la aplicación de medidas de prevención, recayendo la responsabilidad de su cumplimiento en los individuos, ya que los factores identificados como "peligrosos o riesgosos" tenían relación con comportamientos y prácticas productivas que conformaban sus estilos de vida.

Esos factores llamados de riesgo, no fueron estudiados y jerarquizados por su naturaleza sino medidos por su fuerza de asociación con la enfermedad. Aquellos factores que aparecían como potencialmente modificables y susceptibles a medidas de intervención fueron tomados por el programa para ser trabajados, quedando relegados como secundarios, los determinantes y condicionantes socioculturales o económicos.

El "disciplinamiento" de la vida cotidiana y productiva" como medidas de control y prevención, estuvieron siendo considerados desde los individuos y no desde los grupos sociales, con su bagaje de saberes y prácticas, motivaciones, posibilidades y perspectivas de vida. Posiblemente éstos fueron fuente de conflictos encubiertos explicitados en los testimonios como dificultad o resistencia de los crianceros (sobre todo mapuches) a la receptividad de los mensajes preconizados por los perreros.

Desde el personal de salud, la necesidad de ser efectivos en las medidas de control para disminuir a cantidad de enfermos y fallecidos, así como su claridad y convencimiento en las medidas de prevención, pareció estar en una tensión constante con los tiempos y prioridades de los grupos afectados.

En esa etapa la provincia estaba sufriendo cambios políticos, institucionales y transformaciones profundas. La llegada diaria de población foránea que se instalaba en las ciudades, los cambios morfológicos de los pueblos ante la urbanización, la idea de un progreso posible y sostenido, la llegada de caminos, radio y televisión, fueron algunos de los acontecimientos que llevaron a cambios sociales rápidos y dinámicos.

La necesidad de mejorar la situación de salud en la población, sobre todo rural, generó intervenciones enérgicas que se impusieron de alguna forma a los pobladores. La institucionalización del parto, el control de embarazadas y niños/as, las campañas de vacunación no se diferenciaron mucho en la manera de ser implementadas a lo que fue la desparasitación o dosificación canina y los catastros poblacionales. No era cuestión de derechos, era cuestión de deberes. La palabra autorizada y legitimada debía ser la de los profesionales de salud en temas relacionados a salud.

La tendencia hospitalocéntrica y el lugar privilegiado del saber técnico profesional, se explicitaron en las intervenciones del programa como prácticas sociales reconocidas desde Salud Pública.

El trabajo de difusión de información sobre la enfermedad se efectivizó a través de las escuelas rurales o con información directa al poblador rural. Las formas de hacerlo fueron adaptadas a las condiciones y recursos disponibles pero intentando llegar desde mujeres y niños como promotores de cambio. Su grado de éxito fue poco claro, sobre todo considerando que mujeres, niños y niñas no siempre tenían una palabra autorizada en grupos familiares de tradición patriarcal.

Con el discurso desde salud, que sostenía que los y niñas eran más sensibles a los cambios, se los responsabilizaba de una manera importante a cuidar en vez de ser cuidados, sin considerar cómo era recibido lo aprendido por su familia desde las diferencias culturales u generacionales y la tradición de la transmisión intergeneracional de las actividades productivas.

Estos paradigmas sanitario curativista y epidemiológico de riesgo estaba inmerso en las concepciones de un Estado protector y desarrollista que se consolidó durante este período en la provincia como un conjunto de políticas, instituciones, derechos y legislaciones que se caracterizaron por una abierta intervención en la regulación de la vida social, económica y cultural de sus pobladores. En las siguientes etapas del programa, se verá su permanencia pero con variantes correspondientes a los cambios en la mirada conceptual de los procesos de salud enfermedad atención.

Capítulo 4: Segundo periodo del Programa (1985- 1994)

Introducción

Luego de la continuidad lograda por el programa en sus primeros quince años de funcionamiento, se observa la primera ruptura. La misma no fue abrupta, y estuvo relacionada con procesos de cambio en otros niveles más macro: económicos, sociopolíticos y sanitarios en el mundo occidental y subdesarrollado, en el país y en la provincia.

La discontinuidad comenzó a darse ante la incompatibilidad ideológica y política entre un programa centralizado a nivel técnico y gerencial enmarcado en las políticas de Estado de Bienestar, con los lineamientos sanitarios en boga, de descentralización y fortalecimiento local en medio de política económicas neoliberales.

Comenzó una etapa de contradicciones entre el discurso sanitario internacional, abocado a generar estrategias para disminuir la inequidad en salud, y las políticas económicas neoliberales que aumentaban la desigualdad. Estas contradicciones se cristalizaron en políticas sociales selectivas y descentralizadas con fuertes recortes en los gastos estatales e importante decremento de recursos financieros, dando comienzo a una intensa polarización social y sanitaria.

Entre las consecuencias sufridas, se produjo un desmantelamiento de algunos programas destinados al control de enfermedades, como la hidatidosis, con la consecuente reducción de las actividades propuestas en los mismos.

En este capítulo se presentarán las consecuencias desfavorables que tuvieron las políticas neoliberales para el sistema de salud de la provincia de Neuquén y específicamente para el programa de hidatidosis, en base a documentos oficiales, testimonios orales y análisis epidemiológico.

Contexto general:

En la década de los ochenta, el aumento del gasto público era una de las preocupaciones centrales de los países subdesarrollados cuyos procesos democráticos aún no estaban consolidados. El modelo desarrollista fue muy cuestionado y se encontraba en franca decadencia.

Desde las políticas de salud, uno de los aspectos criticados fue no haber logrado un correlato exitoso entre presupuestos públicos asignados a políticas sociales y mejoras en los indicadores de salud de las poblaciones.

Como respuesta, en el marco del paradigma dominante reformista que se desarrolla entre 1980 y 1990, aparece el concepto de economía de la salud inmerso en los problemas de déficit fiscales y la regulación del mercado. Entre sus objetivos, buscaba una adecuación económicamente viable entre oferta, costos y beneficios relacionados a los servicios de salud.

Fue una etapa de crisis político económica en la cual el individualismo primó sobre consideraciones sociales y necesidades colectivas, en busca de modelos que garantizaran la rentabilidad del capital y su expansión a largo plazo.

El mercado laboral fue reorganizado, se privatizan servicios y los recortes presupuestarios recayeron fuertemente en el sector salud con progresivo desmantelamiento de la seguridad social y sanitaria.

Fuentes de financiamiento internacional preconizaban y exigían esos recortes y privatizaciones a los países subdesarrollados, como requisitos para acceder a los préstamos (Fondo Monetario Internacional; Banco Mundial).

Los países, sus regiones o provincias y los niveles locales deberían hacerse cargo de manera progresiva para articular los costos de salud adaptados a las posibilidades y necesidades, priorizando las estrategias de la Atención Primaria de la Salud.

Los gastos asistenciales cada vez más onerosos para el Estado, implicaban también fuertes inversiones en avances tecnológicos diagnósticos y terapéuticos.

Como contraparte, los discursos sanitarios se enmarcaron en las estrategias de Atención Primaria de la Salud, (Declaración de Alma Ata, y Carta de Ottawa). La salud debía ser considerada un derecho de la población garantizado por el Estado. Prevalció la concepción de bienestar integral, priorizando el ambiente, comportamientos y los grupos poblacionales. El propósito era disminuir la inequidad existente.

Sus ejes en la práctica, fueron la promoción de hábitos y prácticas saludables, y la salud debía acompañarse de la responsabilidad individual y tener estrategias comunitarias participativas para adecuar las necesidades y recursos a las posibilidades locales, regionales y nacionales.

Algunas de estas bases conceptuales fueron distorsionadas y se hicieron funcionales a las políticas neoliberales.

Contexto país:

El país salía de un estado de guerra civil, de una época oscura por la represión, la lucha clandestina, la corrupción del Estado y la violación de derechos civiles y crímenes de lesa humanidad.

Con el advenimiento de la democracia, el clima social y político llevaba a una necesidad de diferenciarse claramente de lo ocurrido durante esos años.

Argentina venía de un Estado con alto nivel de corrupción, que había logrado insertarse en el mercado favorecido por el aumento del precio del petróleo. Había facilidad en la obtención de préstamos que fueron fuentes de endeudamiento. Y la disminución del poder regulador del Estado facilitó las inversiones extranjeras, con falta de protección arancelaria en una coyuntura internacional cambiante. Los procesos inflacionarios no se acompañaron de disminución en los gastos del Estado y se continuaron con obras públicas de envergadura. Se dio comienzo a la privatización parcial de empresas estatales y socialmente al proceso de polarización y empobrecimiento.

El primer ciclo democrático comenzó con muchas expectativas para la reconstrucción política, institucional y ciudadana, pero en medio de una crisis económica no resuelta. La deuda externa operaba como un límite tanto para la economía como para las capacidades del Estado que ya estaba afectado por las políticas previas de desmantelamiento. Diferentes sectores de la sociedad por un lado apoyaban el proceso democrático y por otro, haciendo uso de esos derechos, reclamaban reivindicaciones laborales y salariales.

Economía estancada, procesos inflacionarios descontrolados, importante endeudamiento externo, y severo déficit fiscal, llevaron a permanentes

negociaciones con los organismos internacionales de crédito para renovar los préstamos.

El mundo occidental había cambiado las ideas económicas. El capitalismo retornaba sin la tutela del Estado interventor, integrándose al mercado que empezaba a ser cada vez más globalizado. Ajuste y reforma estatal sintetizaban la nueva fórmula económica. Situación que se hace crítica a partir del 1985 con creciente pérdida de la representatividad de la fuerza política al mando del país. La hiperinflación y la crisis socioeconómica comprometían el proceso democrático.

Entre los años 1989-1990 con el menemismo al poder, comienzan etapas de fuertes contradicciones entre el discurso político partidarios esencialmente peronista y el accionar posterior del poder ejecutivo con las políticas económicas propias del neoliberalismo. Esto requirió un poder centralizado y en 1991 cuatro fueron las principales líneas de ajuste y reforma: privatización, convertibilidad, reducción del déficit y apertura económica.

La reducción del déficit fiscal implicó a su vez disminuir subsidios sociales, regímenes de promoción y asistencias estatales, como también la restricción del apoyo y presupuesto estatal relacionados a salud, educación y defensa.

Las privatizaciones de la mayoría de las empresas del Estado se realizaron ofreciendo a los adquirientes ventajas excepcionales (sin pasivos, posibilidad de aumento de precios, mercados cautivos, y escasa regulación por parte del Estado).

El resultado fue el aumento progresivo de la desocupación, cierre de empresas, deterioro en la calidad de vida y situaciones de extrema pobreza en sectores de población cada vez más numerosos. Las inequidades generadas en la población, aumentó la demanda de asistencia a las empresas cada vez más debilitadas del Estado.

Contexto provincial y sus repercusiones en las políticas de salud:

Entre los años 1976 a 1983, los sucesivos gobernadores de facto habían adoptado políticas liberales contando con el respaldo de importante producción de empresas hidroeléctricas (25% de la energía del país) e hidrocarburíferas (33% de la producción nacional). Es importante tener en cuenta que del excedente económico generado, solo una parte quedaba para la provincia, mientras que otra parte era destinada a la exportación, limitando la potencial acumulación productiva que genera la actividad extractiva. (Taranda, Masés, Bonifacio, 2007; p.21:23)

A fines de los ochenta y en un contexto nacional de políticas liberales sumado a la carencia de políticas de diversificación productiva ocurre una importante reducción de los ingresos públicos en conceptos de regalías hidrocarburíferas. Esto llevó a la precarización de las condiciones de trabajo y nuevas configuraciones sociopolíticas partidarias y sindicales.

Esta evolución se refleja en la distribución del Producto Bruto Geográfico (PBG) porcentual (PBG%), según actividades productivas seleccionadas en función de éste trabajo, como lo son las extractivas y las agropecuarias. (Tabla Nº 6).

Tabla N° 6: Porcentaje de actividad extractiva y agropecuaria en el PBGP. Pcia Neuquén-1953-1991

Ramas*	PBG año 1953 %	PBG año 1970 %	PBG año 1980 %	PBG año 1991 %
PBG total	100	100	100	100
Extractivas*	17	22	31.5	33.7
Productivas**	17	15.7	8.8	9.5

Elaboración propia Fuente: DPEYC y Consejo federal de Inversores.*Actividad Extractiva: explotación de minas y canteras; **Actividades Productivas: agricultura, ganadería, caza, pesca y silvicultura.

Junto a la intensa urbanización, la economía basada en la explotación de recursos energéticos y las crisis económicas sucesivas de la década de los noventa, se fueron redefiniendo políticas con un Estado que comienza a carecer de protagonismo y poder, perdiendo continuidad en las iniciativas y quedando los pobladores más pobres, en parte, subsumidos al asistencialismo y clientelismo político por medio de subsidios. (Taranda y col 2009, p. 79:96).

Esta situación se va agravando quedando las políticas sociales como mecanismos de redistribución. A su vez la reorientación de políticas neoliberales tuvo sus repercusiones en el ámbito pecuario. Ante el avance de nuevos propietario de tierras y fuentes de inversión de corporaciones internacionales llevó a mayor empobrecimiento y exclusión de los campesinos, empeorando el conflicto ganadero iniciado décadas atrás. En tanto, los propietarios privados como inversionistas accedieron a grandes territorios ganaderos, previamente fiscales, incorporando el desarrollo de otras formas productivas como la forestación y yacimientos de petróleo

En lo referente al sistema de salud en la provincia, desde 1970 hasta el advenimiento de la democracia a fines de 1983, se mantuvo la permanencia de un sistema tripartito: sector público, obras sociales y medicina privada con crecimientos disímiles y fuerte presencia del primero.

Con el inicio de las políticas liberales desde 1976, se fue favoreciendo el desarrollo de la medicina pre-paga, pero intentando mantener la direccionalidad del Plan de Salud Provincial, por su valor político. Las inversiones realizadas en esos años fueron financiadas por Nación y estaban muy relacionadas al conflicto con Chile.

El aumento de la masa de empleados públicos fue incrementando los aportes a la obra social provincial, recursos que se destinaron progresivamente al desarrollo del subsector privado concentrado en la ciudad de Neuquén. Esta situación cada vez más notoria, llevó a establecer convenios entre el ISSN y la Subsecretaría de Salud para reorientar los fondos hacia el Estado comprometiendo a la obra social a cubrir los gastos de sus afiliados atendidos en cualquiera de los hospitales públicos, dado el alto grado de eficacia alcanzado. Estos convenios no lograron los resultados esperados. (Taranda y col 2008, p. 207:208)

Durante la década del 80 se fue instaurando la transición democrática en la Argentina con elecciones en 1983. Este cambio llevó a procesos de aparente apertura pero divergentes y contrapuestos que parecen plasmarse en la necesidad de diferenciarse ideológicamente del pasado.

Así comienzan a ocurrir rupturas y conflictos desde las políticas sanitarias previas y las que comenzaban a querer implementarse, enmarcadas en las

estrategias de Atención Primaria de La Salud (APS)⁴⁹.

Como sostienen Taranda y col. (2008), el cambio en las políticas de salud, se observa con más claridad a mediados de los ochenta, con la gestión de Gustavo Vaca Narvaja. Durante su gestión hubo tres líneas de acción que se destacaron:

1. La creación del Ministerio de Salud Pública con cambios en las políticas sanitarias y en la configuración de cuadros técnicos; que generó resistencias dentro del sistema de salud como en las esferas políticas y político partidarias propiamente dichas.

2. El intento de concretar el llamado Seguro Provincial de Salud (SPS) como sistema integrado, propiciando un sistema compartido entre los tres subsectores. El propósito fue encaminar las políticas sanitarias para recuperar insumos a través del subsector de Obras Sociales (contexto hiperinflacionario). El SPS quedó sin efecto y en ningún momento fue acompañado de una disposición legal.

3. El desarrollo de propuestas para la autonomía en provisión de medicamentos (monodrogas) en base a capitales privados, respaldándose en la Ley Nacional de medicamentos, se permitía a las provincias generar políticas federales que aseguraran su provisión.

Otro de los desafíos fue llevar adelante la reestructuración del sector salud con la horizontalización de los programas hasta ese momento verticales, con el propósito de ampliar las coberturas, aprovechar al máximo los recursos y obtener mejores rendimientos costo beneficio, en un contexto de limitaciones financieras importantes.

Su gestión estuvo inmersa en el concepto ecológico de salud, con un discurso centrado en el bienestar integral. Esto tenía como propósito priorizar el ambiente, los comportamientos grupales y brindar apoyo a los grupos poblacionales de mayor riesgo o vulnerabilidad social. Pero se redujo a nivel de prácticas asistenciales a un trabajo enfocado en el comportamiento individual alentando el autocuidado y reforzando el rol de la responsabilidad individual en la generación de la enfermedad.

Se focalizaron programas seleccionando a la población destinataria, tipo y cantidad de recursos y delimitando las acciones que prometieran mejores resultados en relación a los costos. No era fácil tratar de disminuir la inequidad en salud en medio de la crisis económica y los escasos recursos financieros disponibles.

Los ideales de atención de calidad, acceso universal, solidaridad y equidad a través de programas sociales y sanitarios incluyentes e integrales, entraban en contradicción con acciones selectivas y focalizadas dirigidas a atender problemas epidemiológicos puntuales y prevalentes y paliar el déficit asistencial en la población más empobrecida.

Sobre las bases de un Sistema de Salud Pública consolidado en la década y considerando que los indicadores sociodemográficos no reflejan en forma inmediata el deterioro y empobrecimiento de una sociedad, se muestra a continuación la tendencia en la disminución de la mortalidad general e infantil, la urbanización y el crecimiento demográfico entre los años 1980 y 1991. Ver tabla N° 7.

⁴⁹ Declaración de Alma Ata y Carta de Ottawa.

Tabla Nº 7: Resumen de indicadores demográficos. Pcia Neuquén. 1960-1991

Total Provincial	1960	1970	1980	1991
Censos poblacionales	109890	154570	243850	388833
Densidad poblacional	1.17	1.64	2.59	4.13
% población rural	52.0	34.0	23.8	13.7
% población de 10 y más años analfabeta	19.03*	14.5	9.75	5.33
Tasa natalidad (0/00)	41	42	32.4	28.9
Tasa mortalidad (0/00)	12.5	11	5.3	4.4
Tasa mortalidad infantil (0/00)	117.9	102.1	31.7	15.6

Elaboración propia. Fuente: Datos censales INDEC y DPEYC y Estadísticas vitales de la Subsecretaría de Salud. *Esta proporción se ha realizado sobre población de 14 y más años.

Desde inicios de 1991, la racionalización del Estado provincial, basado en la reducción del "gasto público" y acorde con políticas neoliberales, generó el recorte presupuestario en áreas de Educación y Salud. Estas medidas resultaron coherentes con las políticas nacionales menemistas de desregulación del sistema sanitario: la puesta en marcha de hospitales de autogestión, libre elección de obra social por parte de la población trabajadora y la libertad de contratación entre aseguradoras y proveedoras de servicios médicos (Belmartino 2005, p.206:207).

En la provincia del Neuquén, esto generó un progresivo enfrentamiento entre los trabajadores del Estado y el gobierno, impulsados por la defensa de derechos ciudadanos universales a la salud y educación, acompañados de intensos reclamos salariales.

En esos aumentaron las cifras de desocupación a un 20% entre 1991 y 1995, concomitante a ésta masa de desempleados, se observó un aumento de consultas en el subsector público (consultas por habitante por año, creció un 17%). Ver Tabla Nº 8.

Tabla Nº 8: Producción del Subsector público de Salud. Pcia del Neuquén Periodo 1980- 1995.

INDICADORES	980	987	991	995
Población	43.850	36.093	88.833	20.973
Consultas	38.775	25.866	127.125	427.838
Egresos	9.299	7.816	3.012	7.015
Consultas/hab./año	,6	,8	,9	,4
Egresos/100/hab./año	,9	,3	,5	,8

Fuente: Modificación de cuadro Nº 15 Taranda y col 2008, p. 115

Descentralización, ajuste y reforma. Repercusiones en el Programa de Hidatidosis en la provincia

En 1986, aproximándose a una nueva gestión de gobierno con el consecuente cambio de ministros, comienzan a plantearse críticas al emblemático programa neuquino de Lucha y Control de la Hidatidosis, apareciendo propuestas coherentes con la lógica sanitaria de esa época. Los enfrentamientos personales entre la gestión previa y la actual fueron suficientemente importantes como para ocasionar la renuncia del primer director y parte del grupo técnico del equipo de evaluación canina del nivel central. Varios de los llamados perreros, también fueron distanciados del programa.

"...cuando cambia la gestión a m me desafectaron de la Dirección de

Zoonosis, porque era la mano derecha del director, era el evaluador del programa y no compartía los mismos criterios de la nueva gestión....como en la municipalidad de Neuquén necesitaban alguien que se hiciera cargo de organizar el primer centro de zoonosis urbano, me prestaron al municipio....regreso recién en el año 1991..."

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

Comenzaron a surgir las nuevas propuestas. El primer documento, ya desde su denominación, mostró el anticipo de este cambio: *"Horizontalización del programa de lucha y control de la hidatidosis: la gestión útil para los niveles de operatividad"* (Kaczorkiewicz 1986).

En la introducción hace referencia a que el Programa Integral de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis, estaba diseñado con una disposición estructural vertical faltando aún completar la gestión administrativa y recostar el Programa sobre el efector más importante, el nivel local.

Para ello el peso del cambio radicaba en el trabajo desde los niveles locales, buscando las estrategias adecuadas para captar y lograr la participación comunitaria. Consideraba como base, el proceso de información generada y destinada a los equipos de salud del hospital local para el conocimiento oportuno de la distribución, magnitud y gravedad del daño, distribución de los riesgos y controlar la evolución de la ejecución y resultados del programa⁵⁰.

Los cambios propuestos al programa inicial (cambios más estratégicos que conceptuales) y a las políticas de salud verticalistas, no se contraponían al el reconocimiento de los logros obtenidos en la década del setenta:

"... en lo que se destacó el sistema de salud, 10 años antes de Alma Ata, fue en atajar los problemas de población en situación de riesgo, lo que después se consideró atención primaria. Éramos Gardel en la prevención, y TBC e Hidatidosis fueron las dos puntas de lanzas. Llegamos a controlar la TBC con medidas preventivas, igual con hidatidosis. ..."

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

Las primeras etapas tanto del sistema de salud como del programa de hidatidosis perduraban en el imaginario de los equipos de salud con un importante sentimiento altruista y omnipotente, construido social y políticamente, en base a los logros obtenidos y al prestigio ganado.

"...Nosotros además de resolver problemas de salud, arreglamos el problema de bienestar de las comunidades..."

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

Sobre las dificultades de descentralizar los programas, específicamente el de Hidatidosis, estaban las correspondientes a la resolución de problemas relacionados a la organización, gestión, capacitación, ejecución y financiación desde los niveles locales. Las condiciones de cada lugar eran disímiles y éste proceso no se acompañó de redefiniciones económicas que ayudaran a fortalecer las capacidades locales ni la integración intersectorial e interinstitucional.

Quien estuvo a cargo del programa a partir de 1988, comentó lo siguiente sobre estos aspectos:

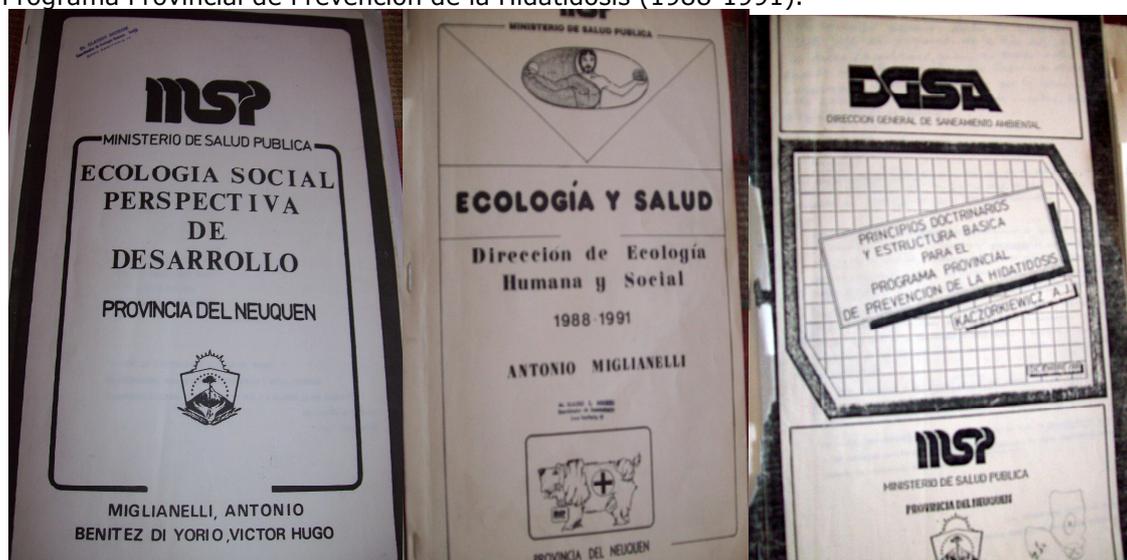
⁵⁰ Entendiendo por producto: cantidad de tareas realizadas (concentración, dosificación, tratamientos con PZQ, sacrificio canino) y por gasto: trámites estrictamente contables y administrativos (vehículo, combustible, ropas, PZQ, arecolina, equipos, viáticos).

"...es muy difícil descentralizar en salud pública, siempre el caballito de ensayo era hidatidosis y descentralizan el programa... y no era tan mala la idea porque los municipios se involucraban y nosotros empezamos a proveerles de Praziquantel...pero los municipios no informaban, no todos estaban en condiciones al mismo momento de absorber un recurso que aun no estaba contemplado. Pero por suerte ellos no o hacían nada más que en la planta urbana, el programa de salud seguía en la zona rural..."

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

Con la nueva gestión del ministro Vaca Narvaja, en el años 1987, suceden cambios muy importantes a nivel de la estructura y visión de lo que deberían ser las políticas implementadas por la Subsecretaría de Salud, de tal manera que la Dirección de Salud Ambiental cambia conceptual y estructuralmente y se renombra como Dirección General de Ecología Humana y Salud. (Figuras 43 y44)

Figura 43: Carátula de la propuesta de Ecología Social; Figura 44: carátula de la programación de la Dirección de Ecología Humana y Social y Figura 45 carátula de la propuesta del programa de hidatidosis: Principios Doctrinarios y estructura básica para el Programa Provincial de Prevención de la Hidatidosis (1988-1991).



Fuente: Dirección de Ecología Humana y Social y Principios Doctrinarios y estructura básica para el Programa Provincial de Prevención de la Hidatidosis (1988-1991)

Luego de los cambios en el personal a cargo de las direcciones y programas y en lo referente a hidatidosis aparece reformulada la nueva propuesta, la cual queda oficializada en 1988: *"Principios doctrinarios y estructura básica para el programa provincial de prevención de la hidatidosis"*. (Kaczorkiewicz 1988). Figura 45.

Esta propuesta fue pensada en base a tres premisas fundamentales: la organización existente del sistema provincial de salud, los recursos humanos aportado por la medicina general y el cambio de actitud como propósitos. En esta reformulación se caracterizó como clave para su desarrollo: la información.

"...yo fui jefe del programa, de todo el departamento del 88 al 91 hasta ese entonces el programa era vertical y lo que quisimos era hacerlo horizontal, bajarlo a las área programas de hospitales, desde los equipos de las zonas sanitarias y que cada hospital pudiera conformar un equipo desde su área programa..."

...además los registros hasta entonces eran primitivos, se carecíamos de buenos registros... Empezamos a registrar perros por familia, queríamos detectar los núcleos problemáticos para priorizar la actividad, estaba de moda en la OPS la planificación local y en el único lado que se pudo ensayar fue en el programa de hidatidosis..."

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

La planificación local y las acciones periféricas enmarcadas en APS, fueron sus axiomas doctrinarios. El programa horizontal, se sustentaba en la planificación local y en el análisis de riesgo. A esto se agrega el enfoque ecológico (diferente al anterior) que permitirá aplicar esquemas integradores en el proceso hacia la salud, identificando así

"...líneas de acción convergentes en términos de prevención y determinan, además, el grado de factibilidad para distinguir (primer nivel de atención mediante) los daños eludibles de los ineludibles..." (Kaczorkiewicz 1988).

La provincia se dividió en zonas de riesgo establecida por la combinación de indicadores de infestación canina, en animales de faena y la incidencia en humanos, que no fueron diferentes a la estratificación del riesgo de la primera etapa del Programa.

También los objetivos específicos fueron similares al programa anterior: reducir la tasa de incidencia humana y la prevalencia de equinococica canina; disminuir la población canina total y los perros hembras; extender el concepto del perro como factor de riesgo para enfermar de hidatidosis; modificar hábitos de riesgo hidatídico de las personas a los perros de su propiedad; vigilar la totalidad de la faena de herbívoros en mataderos oficiales.

Sí aumentó la complejidad desplegándose mayor número de componentes, indicadores y fue engorroso el flujo de información que se proponía. Las planillas para los informes aumentaron en número, variables y cada subcomponente tenía la propia.

Las actividades se desglosaron dependiendo de cada componente y cada componente se dividió en subprogramas y se establecieron los recursos humanos, los correspondientes a instrumentos y equipamiento y los de insumos. En cada punto se detallaron las responsabilidades por niveles, las *misiones y funciones*, así como se establecieron los flujos de comunicación e información, glosario de términos, indicadores y criterios para el análisis, normalización y operatividad de cada actividad. Aparecen conceptos de *efectividad, eficacia, y eficiencia y procesos de gestión*.

Pero la horizontalización del programa fracasa por múltiples motivos, entre ellos su escasa factibilidad y complejidad en medio de la crisis económica, teniendo que restringir los gastos, entre ellos de combustible.

La propuesta se contraponía con la acuciante realidad no llegando a ser viable. Esto fue sentido desde los integrantes del programa como un boicot por los niveles superiores de conducción de la Subsecretaría de Salud. También quedaba claro que el programa carecía del apoyo político institucional del cual fue parte, años antes.

"... la propuesta de descentralización y formación de equipos locales terminó saliéndonos muy caro, ya nos estábamos dando cuenta de eso, teníamos que restringir los gastos entre ellos de combustible..."

... el subsecretario no quiso poner en marcha el programa, lo boicoteo de manera terrible y quedamos a media agua. Estaba estipulado que tenía que hacer cada nivel, como los registros se encadenaban de abajo hacia arriba, pero el no lo dejó hacer.... ¿Donde estaba el gran gasto de todo esto? inversión en planillas. Quedamos en media agua entre el programa viejo y el nuevo... Después pasó de moda la planificación local y se tenían que ir modificando las estructuras, pero una cosa es cuando se quieren hacer esas modificaciones en una estructura esclerótica

como la nuestra a cuando quieres imponer cosas viejas a estructuras más modernas...”

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

En ese ínterin el tenicida había que comprarlo a precio de mercado⁵¹ y la información, llave del cambio, a pesar de los esfuerzos, fue insuficiente en calidad y cantidad.

En el año 1990 se presenta el *Análisis de Producción del Programa de Prevención de Hidatidosis* en el cual señalan todas estas dificultades de la propuesta anterior, sugiriendo una nueva reformulación (Kaczorkiewicz y col 1990).

Desde el nivel operativo para los “perreros” la situación se fue poniendo cada vez más difícil:

“...La hiperinflación del 89 provoca que casi se levante el programa... En los 90 no había combustible, tenicida ni viáticos y el programa casi estaba muerto”. “no había programa y tampoco se asumía desde las zonas sanitarias...En el 91 cambia la gestión de gobierno y en el nivel central estaban desarmados los equipos, no había vehículos y se habían parado las actividades...Se comienza a trabajar para recuperar el programa...”

(Técnico del programa desde sus inicios y por treinta años, actualmente jubilado)

En 1991 cambia la gestión de gobierno y también cambian las autoridades de Salud y se rescata el primer documento del programa en 1992, en el cual la Dirección de Acciones sobre el Medio⁵² se abocó a recabar información de lo realizado durante los años 1990 y 1991, con el objeto de evaluar las tareas que se venían desarrollando en el control de la hidatidosis en las diferentes Zonas Sanitarias de la provincia.

Dicha evaluación se basó en la información brindada por los coordinadores zonales de zoonosis y los agentes sanitarios. Los resultados fueron disímiles tanto en las acciones de control y prevención realizadas, como en los índices de equinocosis canina. (Dirección Gral. de Programas de Salud y Dirección de Acciones sobre el Medio 1992). Ver tabla Nº 9.

Tabla Nº 9. Índice de equinocosis canina por zona sanitaria y año. Pcia de Neuquén. Periodo 1990-1992 .n perros evaluados 9939 sin contar con información de Zona I (B).

Zona Sanitaria	1990(%)	1991 (%)	1992 (%)	Nº positivos perros	Nº evaluados perros
Metropolitana			2	45	2202
Zona I (A)	1	4.5	2.4	52	2130
Zona I (B)	2.9	0.35	s/información	s/información	s/información
Zona II	7.4	s/información	4	87	2205
Zona III	6.7	2.6	4	94	2275
Zona IV	2.4	4.7	1	12	1127

Fuente Dirección Gral. de Programas de Salud y Dirección de Acciones sobre el Medio 1992

Para la interpretación adecuada de los resultados, se debe considerar que están basados en información del área rural de cada zona sanitaria (excepto la zona Metropolitana), y que el nivel de equinocosis canina óptimo esperado es por debajo del 1%. También es importante destacar que éste índice se calcula sobre el número de perros llevados a las evaluaciones lo cual no es igual a la totalidad de perros de cada paraje o comunidad. Con estas consideraciones, se observan valores fluctuantes, con tendencia a la disminución pero que cuadruplican o duplican el valor meta, excepto en zona sanitaria IV (Huiliches, Lacar, Catan Lil y Los Lagos).

⁵¹ El laboratorio que lo producía al inicio lo manda en forma gratuita durante el período en que se lo probó en la provincia, 1983-1985.

⁵² En este periodo no se identifica Director del Programa.

Son preocupantes los valores obtenidos en esos años para las Zonas II (entre los departamentos que la componen están Alumine, Loncopue, Zapala) y III (Chos Malal, Pehuenches, Minas). La Zona I (a) estaba compuesta por los departamentos de Collon Cura y Picun Leufu) y la Zona Metropolitana se corresponde con la ciudad de Neuquén, donde se muestra la infestación canina urbana.

En relación a los casos incidentes de hidatidosis humana en menores de 10 años, se muestra a continuación los su magnitud en esos años y por zona sanitaria en la tabla Nº 10.

Tabla Nº 10: Distribución de hidatidosis humana en menores de 10 años y en la población general, por zona sanitaria y año. Pcia del Neuquén. Periodo 1990-1992. (n= 26/401)

Zona Sanitaria	1990 (<10 años/total)	1991 (<10 años/total)	1992 (<10 años/total)
Metropolitana	0/28	0/25	1/18
Zona I (A)	1/11	0/9	0/8
Zona I (B)	1/18	2/21	1/11
Zona II	2/47	1/42	4/51
Zona III	2/11	1/23	0/20
Zona IV	2/18	2/16	2/24
Total	8/133	6/136	8/132

Fuente Dirección Gral. de Programas de Salud y Dirección de Acciones sobre el Medio 1992⁵³

Observando la tabla Nº 10, se puede ver la persistencia de casos en esos años en la población general en toda la provincia, especialmente en las zonas sanitarias II y IV. En éstas, se habían detectado casos en menores de 10 años, en los tres años evaluados, agregándose la Zona Sanitaria I(B) que abarca la región de Cutral Co y Plaza Huincul del departamento de Confluencia. Cabe aclarar que estos casos diagnosticados no se realizaban por catastros poblacionales sino ante consulta o estudio de convivientes de pacientes confirmados.

En ese documento figura información incompleta de los mataderos sobre hidatidosis en bovinos y ovinos. Si bien dicha información es parcial, por procedencia de los animales faenados, los peores porcentajes pertenecían a los departamentos de Alumine, Zapala, Loncopue, Chos Malal, Picunches y Confluencia. A modo de ejemplo, Alumine mostraban el 34% de bovinos y el 71% de ovinos con hidatidosis al momento de la faena.

Por lo tanto, la hidatidosis persistía y hasta había empeorado en algunas regiones de la provincia. Por eso no fue fácil gestionar las actividades del mismo ante la falta de movilidad y la redistribución del recurso humano. El desmantelamiento del programa era un hecho.

"...Entre el 92 al 95 nos quitan todas las camionetas (teníamos como 2 vehículos en Chos Malal, 3 en Zapala, 2 o 3 en Junín, 1 en San Martín, 1 en Zona 1). Nos descapitalizan porque entra en crisis en sector automotor y en la subsecretaría se toman esas camionetas para transformarlas en ambulancias. Y los tipos que trabajaban en el programa se pusieron como polivalentes, albañiles..."

(Médico veterinario, 63 años, director del programa 1988-1991)

Ante este panorama y en base a otras experiencias patagónicas y costo efectividad del programa, se decidió modificar el viejo esquema de diagnóstico y tratamiento canino: se puso en marcha la distribución masiva del PZQ para desparasitación canina rural, quedando la dosificación bajo responsabilidad de sus

⁵³ Se verá más adelante que los datos no coinciden con los recabados desde egresos y sistema nacional de vigilancia, evidenciándose la subnotificación al programa.

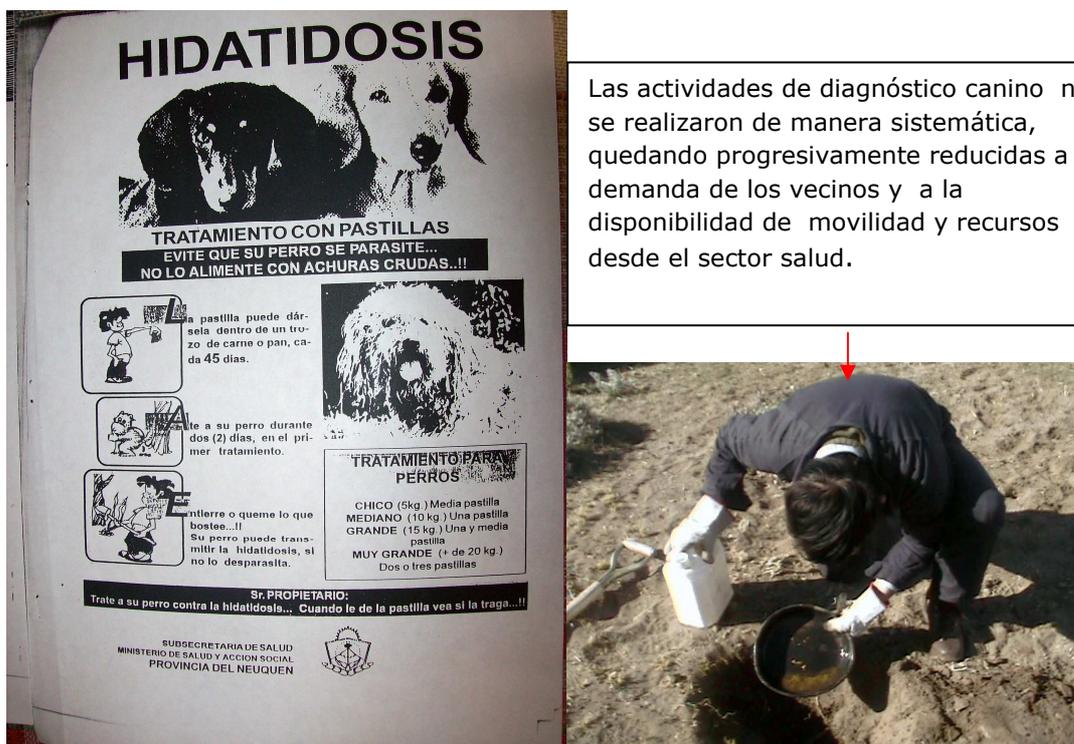
propietarios. Con esto se apostó a lograr un rápido descenso de la infección canina y con ello a menor contaminación ambiental.

Durante el año 1993 se extendió la estrategia de tratamiento canino masivo a las zonas urbanas de la provincia, compartiendo con los municipios y sociedades de fomento los recursos y gastos que la tarea acarrearba. Se intentó homogeneizar la modalidad de trabajo urbana y rural mediante capacitación de efectores. Esto generó nuevos desafíos. El censo canino realizado por primera vez ese año, arrojó la cifra de 44000 perros totales, la mitad correspondían al área rural y sin políticas adecuadas de limitación de la población canina. (Dirección Gral. de Programas de Salud y Dirección de Acciones sobre el Medio 1994)

Para verificar y supervisar dicha propuesta se relevaron los mismos indicadores que históricamente habían servido para evaluar el alcance de metas del programa desde sus inicios. Sólo que los mataderos casi no enviaban la información y desde salud no todas las zonas sanitarias hacían llegar sus informes al nivel central.

Los avances de la descentralización de las acciones fueron lográndose en grado diferente y a pesar de contar con una norma de trabajo, no se logró estandarizar una metodología ni la recolección de información que en algunas oportunidades fue incorrecta y poco oportuna dificultando los procesos de supervisión y evaluación.

Figura 46: Folleto informativo de difusión de medidas de prevención y tratamiento con Praziquantel (2000) y Figura 47: evaluación canina con Arecolina a cargo de un "perrero".



Fuente: documentos cedidos por J. Giménez, primer técnico del Programa.

En el año 1994 se logró la participación de 43 municipios de un total de 50 y algunas comisiones de fomento, llegando al 84% de cobertura total. Comienzan a enviarse información más completa sobre censos caninos y antiparasitario entregado, llegando a tener una representatividad provincial del 80%.

Estas modalidades de trabajo, específicamente el tratamiento masivo con PZQ, distanció el contacto del personal de salud con el poblador rural, la familia y la escuela. A pesar de ser un método menos eficaz, los técnicos y agentes sanitarios no querían dejar de hacer las evaluaciones con Arecolina porque tenían como valor agregado la visualización del parásito, haciendo posible que el poblador comprendiera que el perro estaba infestado y podía contagiar. Esto no se conseguía con el PZQ. (Figura 47)

Lo poco o mucho realizado hasta el momento en difusión y charlas informativas durante las concentraciones y a través de las escuelas, fue perdiendo sentido en este contexto. Para suplir esta ausencia se reemplazó a las personas por folletería de distribución también masiva pero limitada, por falta de presupuesto sostenido. (Figura 46)

Por ese año⁵⁴ se produce, en el contexto del MERCOSUR, la Reunión para el Plan Nacional de Control de la Equinococosis /Hidatidosis, cuyo objetivo era incorporar a todas las provincias en la notificación y trabajo de prevención y control de la enfermedad. Esto traía cierta expectativa sobre financiación desde el nivel nacional.

Desde la Dirección de Zoonosis de Nación, la estrategia general propuesta continuó estando centrada en desestabilizar el ciclo biológico del *e. granulosus*, promoviendo la desparasitación canina masiva. Los lineamientos se basaron en los ejes de los programas iniciales bonaerense y neuquino. En ese documento figuraban las metas para diversas regiones del país y están diferenciadas las responsabilidades de la Nación de las provinciales las cuales y hasta el momento, se han realizado en forma parcial y discontinua.

Evolución de la enfermedad durante el segundo periodo del programa:

El análisis sobre la evolución de la hidatidosis en la provincia de Neuquén, desde los setenta, dependió no sólo de la representatividad y calidad de la información, sino también de la incorporación de estrategias para el diagnóstico (tanto referidas a la tecnología como a la modalidad de búsqueda). Por esa razón en la tabla N° 11, se muestra casos y tasas según corresponda a la población general y a menores de diez años, como también a las tasas de incidencia en población rural, señalando las estrategias aplicadas en sus diferentes etapas.

Es importante diferenciar los dos periodos del programa, hasta acá expuestos. Los primeros quince años fue un programa centralizado, con recursos y respaldo político en un contexto desarrollista donde las políticas sociales tuvieron pleno auge y se desarrollaron simultáneamente. En cambio, el segundo periodo, entre 1986 y 1994, el contexto fue muy diferente, contrapuesto al anterior, con políticas de reforma y ajuste, provocando un desmantelamiento parcial y progresivo.

Luego del primer período no se realizaron los catastros en poblaciones rurales y fue perdiendo vigencia la búsqueda activa de casos en los convivientes de la persona recién diagnosticada.

Esa es una de las razones por las que se observa con preocupación que la cantidad de casos detectados a partir de 1985. El número de personas diagnosticadas cada año se mantuvo nivelado con los años donde el aumento se pensaba que era debido a los catastros poblacionales. Esto fue así, excepto en el año 1993 que se muestra un descenso que parecería adjudicable a problemas en la información.

⁵⁴ Reunión para el Plan Nacional de Control de la equinococosis /hidatidosis Reunión Nacional junio 30 de 1994

Es muy probable que la influencia del trabajo de años anteriores y la prioridad de la hidatidosis en las políticas de salud, hayan permitido un grado de sensibilización tal en los efectores de centros asistenciales que la enfermedad era pensada y buscada como diagnóstico en las consultas. Además los equipos de diagnóstico como ecógrafos ya contaban con una distribución más amplia en el interior de la provincia.

Tabla Nº 11: Casos y tasas (0/000) de hidatidosis humana en la población general y rural y en menores de 10 años por año. Pcia del Neuquén. Periodo 1970 a 1994. (n=2773)

Años	CASOS < 10A	CASOS TOTALES	Tasa hidat (0/000)	Tasa hidat menores 10 años (0/000)	Tasa pobl. rural (0/000)	Incorporación de estrategias
1970	6	35	2,26	1,43	8,48	Realización de catastros con programa TBC (RX)
1971	11	85	5,50	2,62	20,60	
1972	6	44	2,85	1,43	10,66	
1973	5	30	1,94	1,19	7,27	
1974	4	33	2,13	0,95	8,00	
1975	9	65	4,21	2,14	15,75	Puesta en marcha del laboratorio móvil. Detección por serología DD5
1976	17	81	5,24	4,05	19,63	
1977	8	71	4,59	1,91	17,21	
1978	10	66	4,27	2,38	16,00	
1979	14	86	5,56	3,33	20,84	
1980		78	3,20		19,82	Diagnóstico por ecografía
1981		85	3,50		21,68	
1982		141	5,80		35,92	Catastros poblacionales con Rx y ecógrafo
1983		137	5,60		34,68	
1984		132	5,40		33,44	
1985		215	8,80		54,50	
1986	10	200	8,20	1,43	50,80	Horizontalización del programa con inmovilización progresiva del mismo
1987	14	181	7,42	2,01	45,97	
1988	13	165	6,77	1,86	41,91	
1989	9	135	5,54	1,29	34,29	
1990	16	122	5,00	2,29	33,20	
1991	12	116	2,98	1,22	31,56	Tratamiento masivo canino con PZQ
1992	16	235	6,04	1,62	63,94	
1993	6	82	2,11	0,61	22,31	
1994	21	153	3,93	2,13	41,63	

Fuente: elaboración propia basado en informes del Programa durante 1970 a 1985 y posterior a esos años, en informes de hospitalización y Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Población sacada de los censos de 1970, 1980, 1991.

El riesgo de enfermar en la población general y en los menores de 10 años, fue relativamente estable, con algunas oscilaciones considerando que pequeñas variaciones en el numerador ya de por sí de poca magnitud, pudieron producir aumentos más notorios en las tasas en una enfermedad que además evoluciona en años.

Considerando que más del 90% de los casos eran residentes en esas zonas rurales de la provincia, el riesgo de hidatidosis rural se consideró más representativo que la tasa en la población general. Sobre todo si esto se analizaba por departamento de residencia de las personas enfermas.

En esos años la distribución del riesgo de padecer la enfermedad estaba presente en toda la provincia, sobre todo en 12 de 16 departamentos. Entre éstos figuran los que históricamente fueron blanco del programa en su primera etapa: Alumine, Huiliches, Catan Lil, Loncopue, Chos Malal, Zapala, entre otros.

En la tabla Nº 12 se expone dicha situación, trabajando las tasas por quinquenio para obtener periodos comparables y diferenciar información respetando lo más cercano posible, los cambios de gestión de esta segunda etapa del programa. Se han marcado con negrita los departamentos que tienen sus tasas rurales iguales o por encima de las provinciales en el mismo periodo evaluado y descrito en la tabla previa.

Ni desde la información epidemiológica ni de la producida por el programa se ha justificado suspender las acciones de prevención y control, o disminuir la intensidad de las mismas.

Desde la información disponible no es posible relacionar los departamentos con mayor riesgo humano rural y aquellos con mayor cantidad de cabezas de ganado, en especial las correspondientes a ganado menor (más específicamente aquellos relacionados a ovinos y caprinos por el tipo de actividad pastoril).

Tabla Nº 12. Tasas de incidencia de hidatidosis humana en población rural (0/000) promedio anual en dos quinquenios y por departamento. Pcia de Neuquén. Periodo 1986-1995

PCIA. NEUQUÉN	PERIODO EN AÑOS	
	1986-1990	1991-1995
DEPARTAMENTO		
LOS LAGOS	6,39	12,55
AÑELO	9,61	11,78
ÑORQUIN	14,77	18,96
PICUN LEUFU	14,84	7,83
LACAR	16,38	30,95
MINAS	23,19	31,57
CATAN LIL	31,23	36,67
COLLON CURA	45,63	45,58
CONFLUENCIA	51,83	43,09
ZAPALA	54,28	52,33
CHOSMALAL	85,99	82,29
LONCOPUE	89,58	43,88
HUILICHES	43,83	48,59
ALUMINE	45,45	25,74
PEHUENCHES	22,55	20,24
PICUNCHES	30,17	50,20

Fuente: elaboración propia basada en informes de hospitalización y SNVS. Población censos 1991.

Ha sido una limitante no contar con datos de hidatidosis humana y animal pertenecientes a los mismos periodos analizados. Además los censos agropecuarios no siempre han incorporado los radios censales de pequeños productores. Ver tabla Nº 13.

Tabla N° 13. Comparación de tasas de hidatidosis humana en población rural y cabezas de ganado por departamento. Pcia de Neuquén.

Departamentos Neuquén	Tasas hidatidosis rural (0/000)		Cabezas de ganado según censos ganaderos			
	1986-1990	1991-1995	Ganado menor 1978	ganado menor 1992	Ganado total 1978	Ganado total 1992
ALUMINE	45,45	25,74	105033	52537	109384	56015
AÑELO	9,61	11,78	83455	113983	95840	115320
CATAN LIL	31,23	36,67	69585	121864	72423	128285
CHOSMALAL	85,99	82,29	119593	51422	125904	54770
COLLON CURA	45,63	45,58	151657	93582	169950	97908
CONFLUENCIA	51,83	43,09	149135	5862	156200	6562
HUILICHES	43,83	48,59	19304	83222	29211	149271
LACAR	16,38	30,95	95260	81377	119421	94824
LONCOPUE	89,58	43,88	16835	132616	34201	173079
LOS LAGOS	6,39	12,55	65250	110	90285	1298
MINAS	23,19	31,57	149127	62339	156205	64116
ÑORQUIN	14,77	18,96	23154	57457	34377	61324
PEHUENCHES	22,55	20,24	216064	78193	221339	81984
PICUN LEUFU	14,84	7,83	77230	30730	92692	34319
PICUNCHES	30,17	50,20	75141	103740	79017	118243
ZAPALA	54,28	52,33	90159	51277	105472	51569

Fuente: elaboración propia basada en informes de hospitalización y SNVS; censo poblacional 1991 y censos y encuesta nacional agropecuaria 1978 y 1992.

Conclusiones:

En este capítulo se ha intentado mostrar como el programa de hidatidosis, exponente de una política de salud, ha sufrido las consecuencias de las políticas de ajuste y reforma sanitaria.

El país salía de una época oscura y el advenimiento de la democracia trajo consigo la necesidad social y política de diferenciarse claramente de lo ocurrido durante esos años.

Argentina venía de un Estado con alto nivel de corrupción, poca capacidad regulatoria y endeudamiento progresivo. Los procesos inflacionarios resultantes no se acompañaron de disminución en los gastos del Estado y se continuaron con obras públicas de envergadura. Se dio comienzo a la privatización parcial de empresas estatales y socialmente al proceso de polarización y empobrecimiento.

En la provincia de Neuquén junto a la intensa urbanización, la economía basada en la explotación de recursos energéticos y las crisis económicas sucesivas, se fueron redefiniendo políticas. El Estado comienza a carecer de protagonismo y poder, perdiendo continuidad en las iniciativas y paliando los problemas sociales más graves a través del asistencialismo y clientelismo político por medio de subsidios.

Dentro del subsector público de salud, comienzan a ocurrir rupturas y conflictos entre las políticas sanitarias previas y las que comenzaban a querer implementarse, enmarcadas en las estrategias de APS.

La estrategia de descentralizar los servicios de salud para mejorar cobertura y calidad de los mismos, conciliando prestaciones con derechos, trasladó la responsabilidad presupuestaria y operativa a los niveles locales. El resultado final pareció estar más centrado en abaratar los costos de atención.

Las condiciones locales eran disímiles y al no acompañarse de un fortalecimiento en sus capacidades financieras, administrativas, gerenciales y técnicas, llevó a una redefinición político económica que fragmentó, limitó las acciones en salud, pero además aumentó la inequidad dentro de la provincia.

Esto fue facilitando la instrumentación de nuevos esquemas de financiamiento y producción de servicios con una lógica mercantil que favoreció al desarrollo de la medicina privada con detrimento de programas destinados al control y prevención de enfermedades a nivel poblacional. Un reflejo de ello fue lo que ocurrió con el programa de hidatidosis.

A su vez las fuentes de financiamiento a las cuales, tanto la nación como la provincia accedieron para efectivizar políticas de salud, provenían de fuentes financieras internacionales. Dichos organismos, exigían y/o recomendaban recortes y privatizaciones para acceder a préstamos.

Mientras tanto los indicadores sociodemográficos tradicionales, no reflejan en forma inmediata el deterioro y empobrecimiento de la sociedad y mantenían la tendencia en la disminución de la mortalidad general e infantil comparando los censos de 1980 y 1991. En cambio las cifras de desocupación llegaron al 20% en la primera mitad de la década de los noventa.

Las políticas de descentralización, ajuste y reforma repercutieron en el programa de hidatidosis. Los embates recibidos no estuvieron guiados por la situación epidemiológica que no mostraba un panorama alentador respecto a esta enfermedad.

Con la nueva gestión de Vaca Narvaja como Subsecretario de Salud se sucedieron cambios muy importantes a nivel de la estructura, relaciones y concepciones de los sistemas sanitarios. La descentralización y la planificación local fueron sus ejes enmarcada en la APS. Hubo recambio de los recursos humanos a cargo de las conducciones en todos los niveles del sistema de salud pública que expresaban situaciones de conflicto político e ideológico.

La "Horizontalización" del programa ponía el peso del cambio en el trabajo desde los niveles locales que también debían buscar e implementar las estrategias adecuadas para captar y lograr la participación comunitaria.

La clave para este desarrollo era contar con información oportuna y de calidad que midiera el daño y orientara las acciones por estratificación de riesgos. Así mismo involucraba medidas destinadas a controlar la evolución de la ejecución y resultados del programa. Los objetivos sanitarios específicos fueron similares al programa anterior.

Hubo muchas dificultades para efectivizar dicha propuesta. Las condiciones de cada lugar eran disímiles y éste proceso no se acompañó de redefiniciones económicas que ayudaran a fortalecer las capacidades locales ni la integración intersectorial e interinstitucional. En este escenario sanitario enmarcado en una economía de la salud, aparecen conceptos como misiones y funciones, efectividad, eficacia, y eficiencia y procesos de gestión (sustituyendo a objetivos, metas y cumplimiento de metas explicitados en el programa anterior).

La no concreción de los cambios, la crisis económica, la restricción de recursos de todo tipo, llevó al programa casi a su disolución y trajo consigo sensación de falta de respaldo político institucional al Programa.

La enfermedad persistía y a pesar de la información epidemiológica insuficiente estaba muy lejos de ser un problema controlado.

Este escenario impulsó la distribución masiva del PZQ para asegurar el tratamiento canino apostando a lograr un rápido descenso de la infección y la contaminación ambiental.

Estas modalidades de trabajo, distanciaron el contacto del personal de salud con el poblador rural, la familia y la escuela. Con la intención de paliar esa ausencia se reemplazó a las personas por folletería, pero ésta tampoco funcionó ya que fue de distribución limitada, por falta de presupuesto sostenido.

Capítulo 5: Tercera etapa del Programa (1995-2005)

Introducción

Como se puede apreciar hasta aquí, la evolución del programa de prevención y control de hidatidosis ha sufrido modificaciones que tienen mucho que ver con las políticas socioeconómicas e institucionales provinciales y los cambios en las lógicas sanitarias, pero también con las modalidades de encarar el trabajo desde los equipos de salud de la provincia.

El desmantelamiento parcial y progresivo sufrido por el programa en la etapa anterior, a partir de mediados de la década de los noventa llega a su máxima expresión, profundizando su inmovilidad.

Esta tercera etapa, fue la de mayor fragmentación y desarticulación observada durante el periodo estudiado.

Las actividades quedan prácticamente reducidas a la desparasitación masiva canina y los recursos financieros, humanos y de movilidad no lograron ser recuperados.

Lo que aconteció con el programa fue en parte, reflejo de lo que ocurrió con el sistema público de salud y las políticas sociales en general.

En este capítulo se intentará dar testimonio de estos hechos en base a entrevistas a los gestores y directores del programa, los documentos oficiales, investigaciones puntuales y análisis de la información epidemiológica.

El objetivo es mostrar las consecuencias de las políticas post reformistas (o neoliberales tardías) sobre el programa de hidatidosis en la provincia de Neuquén y los cambios que comienzan a suscitarse a partir de entonces en algunos actores sociales desde la reflexión de los enfoques y las prácticas llevadas a cabo hasta el momento.

Estas reflexiones se hicieron explícitas a inicios de esta tercera etapa, cuando equipos técnicos en las coordinaciones de las conducciones de zoonosis y epidemiología de las zonas sanitarias comienzan a hacer explícito la falta de trabajo previo y actual en participación comunitaria y en la conformación de equipos de trabajos locales intersectoriales para el abordaje de problemas relacionados con la salud.

Comienza así una nueva etapa de ruptura y profundización de la crisis sanitaria institucional que da lugar a la aparición y expresión de otros puntos de vista, sobre los quehaceres y saberes en salud. Un grupo relacionado con las actividades del programa puso énfasis en la necesidad de abordajes más amplios, prestando especial atención a los aspectos socioculturales de la población rural pecuaria de la provincia.

Contexto general:

A partir de la década de los noventa en adelante, sobrevino la etapa post reformista o neoliberal tardía, de globalización, en la cual continuaron los esfuerzos para contener el gasto público con políticas de salud más orientadas a la atención y prevención de los problemas prevalentes que relacionadas a las principales causas de muerte.

El perfil de mortalidad de muchos países subdesarrollados había cambiado en las últimas décadas y las causas principales a afrontar estaban muy relacionadas a procesos degenerativos, crónicos, trastornos psicosociales y a las violencias. A inicios de este periodo, las causas relacionadas a problemas infectocontagiosas parecían haberse controlado aceptablemente y el centro de las intervenciones, en lo referente a las políticas de salud, estuvo puesto en la ineficiencia de los servicios de salud estatales.

No obstante, a partir del año 2000 y con la reemergencia de problemas infectocontagiosos epidémicos aparentemente controlados, como algunas enfermedades vectoriales e inmunoprevenibles, se encara la recuperación de políticas saludables orientadas a las problemáticas más acuciantes en países de Latinoamérica y África. Esto quedó expresado en los Objetivos del Milenio⁵⁵ promovidos por las Naciones Unidas, manteniendo para su ejecución fuentes de financiación mixtas, internacionales y nacionales.

Mientras tanto, la reforma del campo sanitario continuó profundizándose a través de recortes presupuestarios, sistemas de salud prepagos más selectivos y la terciarización de servicios de mayor rentabilidad, precarizando aún más, la atención del subsector público destinado a una población cada vez más empobrecida y subsidiada.

Las políticas de seguridad social se hicieron cada vez más fragmentadas, y se priorizaron desde las instituciones públicas la atención de servicios básicos, indispensables. Aquellos que no se pudiera abordar desde esos lugares terminan obteniendo respuesta, en el mejor de los casos, por medio de servicios terciarizados.

La atención primaria se fue haciendo cada vez más selectiva, propiciada por los organismos de financiamiento internacional, que impulsaron a reorientar los recursos hacia intervenciones menos costosas y de mayor impacto poblacional. Se privilegiaron algunas causas reducibles o evitables de mortalidad y morbilidad (las debidas a violencias, diabetes, cardiovasculares) y aquellas que mostraban su reemergencia (enfermedades vectoriales como paludismo, dengue; o inmunoprevenibles como poliomielitis, sarampión, coqueluche)

Es así como desde los organismos gubernamentales y de estas agencias internacionales, se cubrieron los gastos de un conjunto limitado de intervenciones sanitarias ligadas a las Funciones Esenciales de Salud Pública destinadas a las poblaciones más pobres y con la intención de no provocar incrementos en el gasto público de salud.

Por lo dicho hasta aquí, la atención integral no fue garantizada y los problemas que se debían abordar, no siempre tuvieron que ver con las realidades locales y sus problemáticas epidemiológicas puntuales.

⁵⁵ La Declaración del Milenio aprobada por 189 países y firmada por 147 jefes de estado y de gobierno en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas celebrada en septiembre de 2000. Los Objetivos de desarrollo del Milenio tienen ocho ambiciosos objetivos a alcanzar en el 2015: 1) erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2) lograr la enseñanza primaria universal, 3) promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer, 4) reducir la mortalidad infantil, 5) mejorar la salud materna, 6) combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, 7) garantizar la sostenibilidad del medio ambiente y 8) fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Como resultante se resumen algunos hechos destacables:

- Se subsidia la atención a la salud para la población pobre
- Se subsidia la pobreza y el desempleo
- Se debe hacer caso a las prioridades que definen las agencias financiadoras como problemáticas mundiales
- El abordaje de los problemas locales queda reducido a la operativizar de propuestas impuestas desde otros niveles.
- La financiación es en parte redireccionada al usuario a través del pago de impuestos para soslayar el endeudamiento generado pero amparado en el discurso de la corresponsabilidad ciudadana.

Contexto Provincial

Con las elecciones de 1995, se dio inicio a un nuevo periodo de gobierno de Felipe Sapag que estuvo cercado por conflictos sociales de distinta índole como alto índice de desempleo (17% en 1995) y aumento de la pobreza. Estaba en vigencia la Ley 2128 de subsidio al desempleo y se intensificaba el proceso de privatizaciones con la consecuente precarización laboral. (Taranda y col 2007)

Esta evolución estuvo acompañada de falta de diversidad productiva reflejada en la distribución del Producto Bruto Geográfico (PBG) porcentual (PBG%), según actividades productivas seleccionadas, como lo son las extractivas y las agropecuarias. Si bien la actividad extractiva llegó a ser el 50% del PBG, los ingresos en conceptos de regalías no alcanzaban a cubrir los gastos excedentes ni el endeudamiento provincial. Se puede observar en la tabla N° 14, como en las últimas décadas, tanto agricultura como ganadería van decreciendo en importancia en la participación del PBG.

Tabla N° 14: Porcentaje de actividad extractiva y agropecuaria en el PBGP. Pcia Neuquén. Periodo 1953-2001

Ramas*	PBG año 1953 %	PBG año 1970 %	PBG año 1980 %	PBG año 1991 %	PBG año 2001 %
PBG total	100	100	100	100	100
Extractivas*	17	22	31.5	33.7	54.1
Productivas**	17	15.7	8.8	9.5	0.86

Elaboración propia Fuente: DPEYC y Consejo federal de Inversores.*Actividad Extractiva: explotación de minas y canteras; **Actividades Productivas: agricultura, ganadería, caza, pesca y silvicultura.

La situación generada por el desempleo y la pobreza y las privatizaciones, desembocaron en expresiones de protesta ciudadana de diversa intensidad, siendo las puebladas en la comarca petrolera de Cutral Co la de mayor impacto social y político ante la privatización de la empresa estatal de Yacimientos Petroleros Fiscales, en los años 1996 y 1997.

Algunas de las decisiones tomadas desde el gobierno, afectaron la masa salarial de los trabajadores estatales, lo cual generó, fuga de profesionales al ámbito privado (ya sea en forma total o parcial) y mayores enfrentamientos con sus sindicatos y un incremento en la transferencia de profesionales de la salud pública hacia el subsector privado.

Ya desde la década anterior dentro del subsector público de salud, existían grupos enfrentados por las políticas y estrategias que estaban siendo implementadas

en lo referido a la gestión hospitalaria ligadas a concepciones neoliberales de eficiencia y productividad.

Algunos trabajadores de salud, veían la resistencia a los cambios como señales de una estructura institucional esclerótica, que carecía de capacidad de adaptación a los cambios coyunturales venideros; otros sentían que debían oponerse a porque ya sentían los efectos desfavorables de las políticas neoliberales, las cuales terminarían siendo destructivas para sistema público de salud provincial.

Todo acontecía dentro del marco de préstamos subsidiados por organismos internacionales, y las luchas internas por la dedicación exclusiva. Había rechazo manifiesto desde el subsector público a los convenios y tercerización de servicios con sectores de la medicina prepaga y privada.

En relación a las políticas sociales no rentables, la provincia accedió a orientar los fondos públicos a los paquetes básicos propuestos por la Nación y las agencias internacionales. Esto fue progresivo y concomitante con el apoyo brindado desde el gobierno a liberar el mercado para la inversión de la medicina rentable.

A partir de mediados de los noventa con la gestión de Sobich como gobernador, hubo manifiesta adhesión a las medidas propuestas por el gobierno nacional (época menemista), propias del capitalismo tardío.

El clima político, social e institucional se desarrolló entre conflictos y reclamos los cuales se fueron agravando con el correr de los años.

Un hecho trascendente ocurrió en el año 2004, cuando en declaraciones públicas del gobernador Jorge Sobich, quedaron explicitadas las políticas de fortalecimiento y subsidios hacia el subsector privado de salud en desmedro del subsector público. A partir de entonces los enfrentamientos y el rechazo de gremios de salud se hicieron cada vez más duros, expresando sus posiciones con paros prolongados que afectaban entre otras instituciones públicas, las del sistema de salud.

El subsector privado se fortaleció en infraestructura y en complejidad, ofreciendo cobertura a cerca del 30% de la población. Concentraba su mayor oferta en la ciudad capital provincial, localidades turísticas como San Martín de los Andes y Villa La Angostura, y otras localidades principales como Zapala, o comarcas petroleras como Rincón de Los Sauces, Plaza Huincul y Cutral Co.

Por ese entonces el sistema de salud dependía del Ministerio de Salud y Seguridad Social, el cual financiaba a la obra social más importante de la provincia, El Instituto de Seguridad Social de Neuquén. Otro punto de conflicto a la hora de definir destino y distribución del presupuesto en salud.

Desde las políticas sanitarias, los problemas de salud a los que se les dieron prioridad, fueron diferentes a los de la década del setenta.

Producto del trabajo realizado desde sus inicios, la provincia había evidenciado la disminución de la tasa de mortalidad por enfermedades infecciosas y las infecciones respiratorias y las relacionadas a embarazo, parto y puerperio. Poco a poco fue cambiando el perfil epidemiológico de la mortalidad con un aumento relativo de las enfermedades cardiovasculares, crónicas y degenerativas y las causas externas (las causas violentas). (Elder 2007)

La evolución demográfica y epidemiológica en la provincia, se correspondía en esos años, con la mayoría de los modelos contemporáneos característicos de las poblaciones en desarrollo teniendo como hechos sobresalientes:

1. crecimiento poblacional
2. despoblamiento rural y desarrollo del proceso de urbanización
3. declinación de la mortalidad general e infantil en cortos lapsos de tiempo
4. declinación de la natalidad
5. diferenciación de la composición de la mortalidad (reducción en enfermedades transmisibles y nutricionales e incremento de las no transmisibles)
6. desplazamiento de la mortalidad proporcional por grupos de edades de mayor edad.
7. reaparición de enfermedades transmisibles evitables aún no completamente controladas
8. ensanchamiento de la brecha en salud entre las clases sociales y regiones geográficas
9. cambios adaptativos en los servicios de salud a nuevos problemas en convivencia con viejos problemas no resueltos.

En ésta dinámica, los indicadores sociodemográficos y de salud utilizados tradicionalmente, seguían mostrando una favorable evolución de la mortalidad infantil y de la mortalidad general. Mientras tanto se dieron continuidad a los lineamientos políticos económicos en desarrollo y se apuntalaron intervenciones diferenciales y selectivas dirigidas a procesos de salud enfermedad prevalentes y cuya génesis estaba enmarcada en estilos de vida poco saludables (diabetes, enfermedades cardiovasculares, tabaquismo).

Los indicadores que se muestran en la tabla Nº 15 muestran la tendencia sostenida del crecimiento demográfico general, la disminución de la natalidad y la mejoría en las tasas de mortalidad general e infantil desde el año 1960 hasta el año 2001.

Tabla Nº 15: Resumen de indicadores demográficos según datos censales. Pcia Neuquén. Periodo 1960-2001

Total Provincial	1960	1970	1980	1991	2001
Censos poblacionales	109890	154570	243850	388833	474155
Porcentaje de población rural (%)	52	34	24	14	11
Densidad poblacional	1.17	1.64	2.59	4.13	5.04
% población rural	52.0	34.0	23.8	13.7	11.4
% población de 10 y más años analfabeta	19,03*	14,5	9,75	5,33	3,41
Tasa natalidad (0/00)	41	42	32,4	28,9	16,8
Tasa mortalidad (0/00)	12,5	11	5,3	4,4	3,6
Tasa mortalidad infantil (0/00)	117,9	102,1	31,7	15,6	13

Elaboración propia. Fuente: Datos censales del Instituto Nacional de estadística y Censo (INDEC y DPEYC) y Estadísticas vitales de la SSS. *Esta proporción se ha realizado sobre población de 14 y más años.

En las tablas Nº 16 y 17, se muestran las causas principales de defunción según sexo en la provincia y en los últimos 20 años comparando con el quinquenio 2001-2005. Se puede observar en ellas como en hombres ocurre más acentuado que en mujeres un decremento de las enfermedades infecciosas (no respiratorias) en relación a las otras causas

Tabla Nº 16. Ordenamiento de causas de mortalidad en hombres. Pcia Neuquén. Periodo 1986-2005.

Agrupamiento	Total período 1986-2005	Quinquenio 2001-2005
Tumores	primero	primero
Enfermedades Cardiovasculares	segundo	segundo
Accidentes	tercero	tercero
Enfermedades Cerebro-vasculares	cuarto	cuarto
Enfermedades Infecciosas	quinto	undécimo
Infecciones Respiratorias Agudas	sexto	sexto
Homicidio	séptimo	décimo
Cirrosis	octavo	noveno
Suicidio	noveno	séptimo
EPOC	décimo	octavo
Diabetes	undécimo	quinto
Enfermedades Mentales	duodécimo	duodécimo

Fuente: Dirección de Epidemiología. SSS de la Provincia del Neuquén. (Elder, 2007)

Tabla Nº 17. Ordenamiento de causas de mortalidad en mujeres. Pcia Neuquén. Periodo 1986-2005.

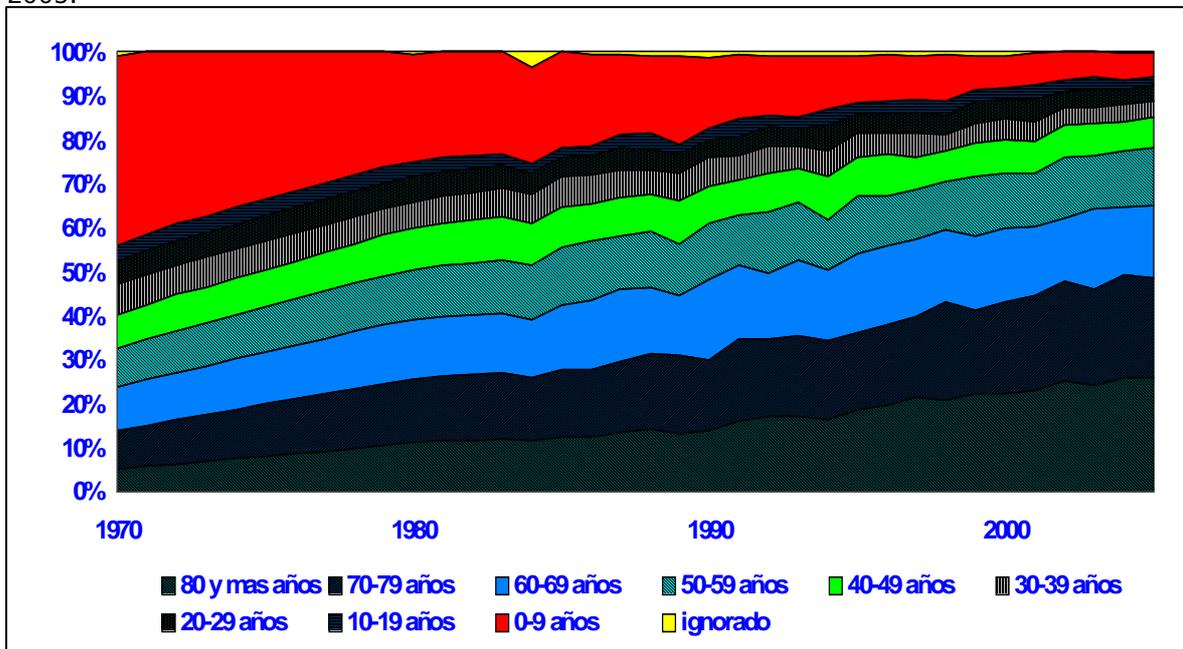
Agrupamiento	Total período 1986-2005	Quinquenio 2001-2005
Tumores	primero	primero
Enfermedades Cardiovasculares	segundo	segundo
Enfermedades Cerebro-vasculares	tercero	tercero
accidentes	cuarto	sexto
Enfermedades Infecciosas	quinto	séptimo
Infecciones Respiratorias Agudas	sexto	cuarto
Diabetes	séptimo	quinto
EPOC	octavo	octavo
Suicidio	noveno	noveno
Enfermedades Mentales	décimo	undécimo
cirrosis	undécimo	décimo

Fuente: Dirección de Epidemiología. SSS de la Provincia del Neuquén. (Elder, 2007)

Con la intención de mostrar esta transición epidemiológica, por lo menos desde algunos indicadores destacables, se muestra en el siguiente gráfico el cambio en la mortalidad proporcional según grupos de edad desde 1970 a 2005, en la provincia. A inicio del periodo un poco más del 40% de las muertes ocurrió en menores de 9

años En el año 2005, los mayores de 69 años fallecidos significaron casi el 40%.esa proporción Gráfico N° 3.

Gráfico N° 3. Mortalidad proporcional por grupos de edad. Pcia de Neuquén. Período 1970-2005.



Fuente: Dirección de Epidemiología. SSS de la Provincia del Neuquén. (Elder, 2007)

La carga de enfermedades crónicas degenerativas y la proporción de población de más edad, llevó a nuevos desafíos asistenciales, de programación y reasignación presupuestaria.

Problemas relacionados a la falta de recurso humano y la dificultad de conseguir adeptos para ocupar cargos por no ser económicamente atractiva la oferta estatal laboral, el deterioro en la infraestructura de los centros asistenciales, los conflictos intersectoriales con el gremio de anestesistas, llevó a muchas dificultades relacionadas a la atención general y particularmente aquellas que requerían resoluciones quirúrgicas.

En poco tiempo el subsector público de salud se convirtió en una fuente de pacientes-clientes para las clínicas privadas con respecto a internaciones psiquiátricas, intervenciones quirúrgicas, estudios y tratamientos de alta complejidad. Y cambiando las prioridades asistenciales a los problemas epidemiológicos más acuciantes.

Las políticas sanitarias que se fueron implementando traducían la intención del gobierno a considerar que la función del Estado provincial tenía que atender exclusivamente a los sectores sociales de escasos recursos y en corto plazo la imagen del sistema público de salud neuquino fue perdiendo protagonismo y prestigio.

Repercusiones en el programa de hidatidosis del periodo de políticas neoliberales tardías:

A fines del 1995, con el cambio de gestión de gobierno y de los niveles de conducción de salud, surge una nueva propuesta al programa de hidatidosis: *Programa provincial de hidatidosis- proyecto*. La misma partió de los coordinadores

de zoonosis y epidemiología de algunas zonas sanitarias y de quien en ese momento estaba a cargo de la Dirección de Educación para la Salud. (Godoy y col 1995)

El documento se inicia con una reflexión de la historia de los sucesivos programas relacionados al control y prevención de la hidatidosis, explicitando que desde sus inicios aunque se pretendían actividades integrales, el énfasis estaba puesto en las acciones de tratamiento canino.

Se detalla a continuación los puntos resaltados de ese diagnóstico y los comentarios y propuestas que surgieron a partir del mismo.

1-Hidatidosis humana: en el documento se reconocía que la incidencia de hidatidosis humana no había sufrido mayores variantes desde la incorporación de la ecografía como método diagnóstico, notándose una persistente y sostenida aparición de casos en menores de 10 años. Esto fue interpretado como una expresión de las limitaciones de las medidas de control epidemiológico hasta ese momento encaradas.

2-Equinococosis canina: las evaluaciones no habían sido suficientemente sostenidas y extendidas manteniéndose "bolsones" con altos niveles de parasitación.

3-Hidatidosis en herbívoros domésticos: a partir de la información irregular y disímil, se supo que la enfermedad persistía en varias especies faenadas, pero se dudaba de la calidad de la misma, desconociéndose la magnitud y severidad del problema.

4-Circulación de ganado dentro del territorio provincial, se consideró que la inexistencia de guías para el ingreso legal de animales a lugares que carecían de matadero, había favorecido la faena clandestina urbana.

5-Vigilancia epidemiológica: desde hace años se presentaron problemas con la calidad de información y su análisis que impedían conocer de manera más confiable la evolución de la enfermedad (faltaba oportunidad, corrección, integralidad de la información).

6-Factores socioculturales: las actividades de educación para la salud hasta ese momento no fueron realizadas de manera continua y sistemática o con la frecuencia necesaria. Tampoco adaptadas a la población destinataria.

En relación a éste último punto se hace referencia a que la modalidad educativa hasta el momento fue más indicativa y persuasiva, no propiciando suficientemente la reflexión sobre hábitos y costumbres y la factibilidad de mejorarlos en función de sus pautas culturales y posibilidades productivas.

Es la primera vez que se aparecen escritas en documentos oficiales este tipo de reflexiones aunque se verá unos párrafos adelante como esta posición se contrapone con el enfoque epidemiológico que proponen seguir, centrado en el historia natural de la enfermedad y las estrategias de trabajo hasta ahora realizadas desde fines de la década del setenta..

También hace referencia a la escasa oferta de medidas tendientes al control de la población canina y la falta de actualización de la Ley de Hidatidosis para desarrollar con eficacia las acciones de control.

Entre las principales propuestas del renovado programa, hubo varios objetivos dirigidos a disminuir el riesgo de enfermar por hidatidosis. El énfasis estuvo puesto en:

- Extender y mejorar la cobertura y calidad de acciones destinadas al tratamiento canino en base a la programación local de actividades con ajuste anual de metas
- El enfoque global del problema basado en el “ciclo epidemiológico”
 - 1) investigar la historia natural de la enfermedad,
 - 2) mejorar estrategias de vigilancia epidemiológica e información intra y extrasectorial con análisis e integración de la misma,
 - 3) realizar estudios en los convivientes con personas enfermas o perros parasitados,
 - 4) protocolizar el tratamiento humano.
- El fortalecimiento de relaciones interinstitucionales e intersectoriales con la correspondientes revisiones de la normativa legal vigente y la situación respecto a la circulación/ faena de herbívoros domésticos. También aspectos de mejora en vigilancia epidemiológica y oportunidad de la notificación.
- Realizar investigación y actualización científica permanente (sobre todo en creencias, actitudes y conocimientos de la población), gestionar fondos para investigación
- Aplicar un enfoque participativo y problematizado promoviendo conductas de cuidado de la salud y prevención de la hidatidosis. En este punto se debía replantear la educación para la salud en base a investigaciones de factores socioculturales y a innovaciones pedagógicas.

Cada uno de los apartados propuestos tenía una serie de indicadores para poder realizar el seguimiento del desarrollo y alcance de metas de los objetivos propuestos.

Este programa así planteado, contenía aspectos novedosos como: a) la realización de investigaciones sobre creencias, actitudes y conocimiento en población urbana y rural, b) la inclusión de contenidos de hidatidosis en actividades educativas en programas del control del menor y adolescentes, c) incorporación de actividades educativas comunitarias sobre hidatidosis en la programación local, d) inclusión de información apropiada con la entrega del tenicida, e) difusión de información de diverso tipo y realización de talleres comunitarios locales y de capacitación en cada zona. En general expresaban la necesidad de integrar de manera más activa a los sujetos pero ninguna de éstas propuestas fue desarrollada hasta la actualidad.

Este nuevo programa tardó un poco más de siete años en ser aprobado por las autoridades de al Subsecretaría de Salud de la provincia y a pesar de haber entrado en vigencia en el año 2002, aún no se ha implementado.

Mientras tanto, en 1996 asume un nuevo jefe del programa quien logra mantener algunas de las actividades básicas y restablecer los lazos con otras provincias patagónicas (entre los cuales logra participar en la investigación sobre el desarrollo de la vacuna EG95 en chivas) y con la Dirección de Zoonosis dependiente de la Dirección de Epidemiología de la Nación.

El primer documento de esa gestión data de 1998 (Díaz 1998) y habla de la baja cobertura alcanzada en la desparasitación canina en las zonas urbanas; las evaluaciones insuficientes y esporádicas, y la falta de información en general, recibiendo información de 5 de 17 mataderos. Aún con datos incompletos los siguientes resultados muestran la persistente presencia de la hidatidosis en animales

de faena: Ovinos 16%; Bovinos 19% y Caprinos 2.7% (considerar que pocos caprinos se faenan en mataderos) con hidatidosis.

"...desde el año 1996 me hice cargo de los programas de control de vectores y zoonosis a través del pedido del subsecretario de salud y por dos años me hice cargo de eso y de la coordinación de la zona sanitaria metropolitana...en ese momento la forma en que se estaba trabajando era en la distribución de los comprimidos de PZQ, y las estadísticas más elementales mostraban que la cantidad no era suficiente para cubrir la población canina de la provincia. Por eso trabajé en función de lograr duplicar la compra a través de gestionar una financiación conjunta: la subsecretaría de salud compraba la mayor parte y otra parte la entregaba nación. Eso fue ente 1997 y 1998, cuando se restablecen las relaciones entre el programa de hidatidosis con la Dirección de Epidemiología de la Nación...el déficit que había en la distribución del PZQ era muy grande..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

El tener adecuada provisión del antiparasitario no era garantía de su distribución, aspecto que requería integrar otros niveles, instituciones, y estrategias de supervisión y evaluación.

"...claro dependía después de que las zonas lo hicieran llegar a los hospitales y de ahí a los perros para hacer el control adecuadamente...la única forma de salir a evaluar desde el nivel central al interior era con las evoluciones...en esos años logramos tener el índice de infestación equinococosa en el 1%..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

Existían problemas concretos para la disponibilidad de vehículos, combustible, viáticos, falta de personal capacitado en algunos niveles locales y zonales para realizar las evaluaciones caninas. El personal formado en las décadas previas, a medida que se iban jubilando no era reemplazado y se perdía ese recurso para el programa. Como resultado se fueron espaciando las evaluaciones y el número de perros a estudiar.

"...cuando se hacían las concentraciones canina venía el poblador que tenía interés, era una muestra, no iban todos los perros y una deficiencia que nosotros veíamos era que la gente llevaba a los perros de la casa y no a los que más trabajaban en el campo...nosotros sabemos por conocimiento que al perro que más trabaja es al que se privilegia con las achuras, se lo mantiene mejor... a veces podíamos para resolver ese déficit ir a los puestos de los crianceros y hacíamos en el campo la evaluación..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

Hubo avances en el diagnóstico canino que estaba abocado a reemplazar la tan utilizada Arecolina (la cual dejaba de ser producida a nivel mundial), por el coproantígeno. Este método diagnóstico consistía en la detección de antígenos del equinococo en la materia fecal canina. Ya no hacía falta tener que darle la purga (Arecolina) a cada perro para evaluar si estaba o no parasitado, bastaba estudiar las heces sobre predios seleccionados. El resultado no iba a ser inmediato pero su sensibilidad era mayor con una adecuada especificidad diagnóstica.

Esto trajo aparejado cambios operativos y conceptuales. Con respecto a los cambios operativos, no eran necesarias las concentraciones caninas y el envío de las muestras podía estar a cargo de personal local rural o urbano que con un entrenamiento sencillo y cierta periodicidad para el envío, las muestras eran despachaba al laboratorio de referencia por la red de laboratorio de zoonosis.

Por lo tanto se abarataban costos de movilidad y la necesidad de tener equipos entrenados y disponibles para un trabajo que insumía muchas horas y pericia técnica. Pero sus desventajas se centraban más que nada en aspectos relacionales: no necesitaba el contacto personal que exigía la Arecolina y no permitía la identificación del perro parasitado. Otros aspectos a considerar fueron lo no inmediato de los resultados (en las evaluaciones se daban en el momento) y los dueños de los perros ya no iban a visualizar la presencia del parásito como evidencia rotunda de que la hidatidosis estaba presente como amenaza a la salud humana.

El cambio conceptual implicó comenzar a comprender que bastaba tener una muestra positiva en un radio geográfico determinado para considerar contaminado el predio. La magnitud expresada por la proporción de perros positivos, parecía perder vigencia. Este concepto se operativiza en el cambio en la unidad de análisis que pasó de la unidad perro a ser la unidad el radio predial.

La propuesta vino de uno de los laboratorios de enfermedades infecciosas de referencia nacional, el Instituto Malbrán. Como se debía probar la técnica propusieron a las provincias patagónicas entrar en un protocolo de estudio e investigación. Con los años se fue integrando el laboratorio de la Universidad Nacional del Comahue.

"...Por esa época el Instituto Malbrán nos propone empezar con otro tipo de evaluación, en el 2001, nos convoca para hacer un convenio con la Universidad Nacional de La Pampa, que estaba trabajando con los coproantígenos...después enviábamos las muestras a Bariloche donde se instaló el primer laboratorio de la Patagonia, esto nos acercó al trabajo con las otras provincias patagónicas ya que en los últimos años estábamos muy aislados..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

El trabajo conjunto con las otras provincias patagónicas trajo como beneficio el incluir a Neuquén, en un protocolo de investigación sobre la vacuna antihidatídica en ganado ovino y caprino que se comenzó en Nueva Zelanda y que en Argentina, la provincia de Chubut era la que encabezaba dicha investigación de la vacuna EG95. Esta experiencia era la primera en Sudamérica abocada a la vacuna caprina.

"...una de las cosas que se logró es que nos invitaran participar en la investigación de la vacuna EG95 que se inició en Chubut...el primer grupo de chivas que se incluyeron en Sudamérica fue en nuestra provincia..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

Fue una experiencia laboriosa porque se debía parasitar a caprinos debidamente identificados, resguardado en corrales y sometidos a un seguimiento estricto, para probar que la vacuna funcionaba. Este trabajo se hizo con ayuda de los coordinadores de zoonosis de las zonas sanitarias, los agentes sanitarios y productores ganaderos de las estancias. Sus resultados son cuestionados actualmente por su relación costo beneficio ya que requiere aplicarse anualmente con una buena cobertura y no deja de requerir complementarse con las otras intervenciones propuestas desde el inicio por los programas.

"...para nosotros no fue una experiencia muy positiva dado que fallaron algunas cosas desde la ubicación del piño que terminó en Junín de los Andes, los destrozos que hizo el puma que llevó a perder muchos animales, falta de recursos...de todas maneras los resultados demostraron que era efectiva porque el porcentaje de animales inoculados con equinococos tenían un desarrollo mínimo o nulo de hidatidosis...pero la vacuna no es fácil de producir ni de aplicar, nosotros no

tenemos organizado como salir a vacunar caprinos, los costos son altos para los crianceros y SENASA no se suma a esto..."

(Licenciado en Saneamiento ambiental, 53 años, a cargo del programa entre 1996 y 2001)

El trabajo que implicó tarea extra para varios agentes sanitarios, no fue correspondido aparentemente de un adecuado reconocimiento, situación que dejó resentimientos difíciles aún de resolver.

"...no hemos recibido devolución de las investigaciones en las que participamos con la vacuna para los chivos, que tanto trabajo y dedicación nos implicó..."

(Agente sanitario área rural del hospital de los Andes, dedicado a la distribución del PZQ desde 1984)

Desde las otras actividades más tradicionales, mientras se evaluaba práctica el coproantígeno, se mantuvieron como se podía las evaluaciones caninas con Arecolina y el tratamiento canino masivo con PZQ.

Los problemas relacionales resultante de los conflictos entre las conducciones de salud, vistas como representantes de las políticas oficialistas y los equipos de trabajo de los niveles locales, generó en varias oportunidades dificultades para el desarrollo de las tareas previstas y la accesibilidad a información oportuna y de calidad. Se hacía cada vez más notoria la desvinculación entre niveles y la falta de legitimidad en las conducciones. Personal local capacitado en las tareas de dosificación y evaluación canina, sentían como una falta de confianza las supervisiones realizadas desde el nivel central pero también hubo grupos que la sintieron como acompañamiento e interés en su tarea.

"...uno de los problemas del programa desde el nivel central es que no programaban las evaluaciones en conjunto con la gente del nivel local...lo hacían sin avisar y sin tener resultados adecuados para la interpretación...como las devoluciones no las enviaban, nosotros tampoco mandábamos la información..."

(Agente sanitario área rural del hospital de los Andes, dedicado a la distribución del PZQ desde 1984)

Eran muy pocas las localidades y parajes que podían mantener un buen nivel de trabajo y las estrategias que cada lugar adoptó fueron muy diversas.

Ante las dificultades de recursos, una de las zonas sanitarias, logró a través de la Ley Nº 2128 /2000⁵⁶, que gente subsidiada se capacitara como distribuidores y dosificadores de perros, y cumpliera esa función en su comunidad como contraprestación al beneficio social recibido.

Así se capacitó y se contrató a personas que dependiendo de los municipios, se encargaban de la dosificación canina con el antiparasitario, llevando no solo la pastilla a la casa del poblador rural, sino encargándose de introducirla en la boca a los perros asegurando así, la interrupción del ciclo parasitario pero en desmedro de la participación activa del poblador. Esta metodología dio resultado en esa zona sanitaria y mientras se pudo sostener, las actividades se cumplieron y se disminuyeron los índices de infestación canina.

⁵⁶ Ley Provincial 2128 de Fondo Complementario de Asistencia ocupacional: destinado a buscar asistencia a los desempleados de la provincia que no sean beneficiarios de otros programas nacionales de empleo. Los requisitos solicitados para acceder al beneficio figuran: estar desempleado, ser único sostén de familia, integrar un hogar sin otros ingresos, tener domicilio real de más de dos años en la provincia (extranjeros más de cinco), cumplir las tareas encomendadas en el proyecto y aceptar ocupaciones que se le ofrezcan por intermedio de Bolsas de Trabajo oficialmente reconocidas. También participar de los Programas de reentrenamiento Laboral que se establezcan. (11 de agosto 1995)

Pero como estrategia fue difícil de mantener por la inestabilidad contractual del beneficiario del plan y necesidades de capacitación frecuentes y los escasos beneficios que conlleva llegar hasta cada casa o puesto de los parajes y Comunidades Mapuches para dar un tratamiento personalizado a cada perro cada 45 días.

Para completar este panorama poco alentador, en estas últimas décadas los mataderos se fueron privatizando y muchos establecimientos ganaderos fueron diversificando su actividad productiva, cambiando de dueños o vendiendo sus tierras y de esta manera dificultándose el acercamiento del personal de Zoonosis para lograr su adhesión.

Entre los años 1998 al 2001, se fue recuperando pero de manera transitoria y parcial, parte del presupuesto para material de seguridad, viáticos, repuestos, arreglo de vehículos, combustible. Estos recursos básicos nuevamente se pierden entre el 2002 y 2003 para ser reasignados al conjunto de programas a cargo de las enfermedades más prevalentes.

Durante los años 2004 y 2005 hubo intentos por remontar las actividades indelegables del programa pero hubo escaso apoyo político e institucional. Mientras esto sucedía, aumentaban los casos humanos en menores de 10 años y en ámbitos urbanos, sumándose cada vez más los municipios no eutanásicos y el empobrecimiento de información relacionados al programa.

Evolución de la hidatidosis durante la tercera etapa del Programa y su comparación con las etapas previas.

De todo lo expuesto, a lo largo de estos años, los problemas relacionados a la hidatidosis humana en la provincia de Neuquén, son los siguientes:

- Insuficiente conocimiento de la incidencia de la enfermedad en humanos y del nivel de infección en canes y ganado menor que no se faena en matadero
- Persistencia de casos incidentes anuales en menores de 10 años (5 a 7 casos por año entre 2003 a 2005)
- Atraso en metodologías diagnósticas serológicas de importancia para búsqueda activa de casos y seguimiento de pacientes en zonas rurales.
- Endemicidad sostenida en ciertas regiones ganaderas precordilleranas y cordilleranas.
- Escasa supervisión y uniformidad en los criterios utilizados y en las actividades relacionadas a la desparasitación canina.
- Escasa o nula difusión de material audiovisual tanto al personal de salud y educativo, así como a la comunidad en general
- Urbanización progresiva que trae aparejado el desplazamiento de pautas culturales y modos de subsistencia propias de las comunidades rurales.
- Sobrepoblación canina y municipios no eutanásicos
- Insuficiente desparasitación canina

- Escaso abordaje de los aspectos socioculturales relacionados a las prácticas ganaderas y a la vida familiar de los grupos de población que se encuentra más expuestos.

- Poca participación comunitaria e interinstitucional

En relación a la información epidemiológica, considerando los casos de hidatidosis humana diagnosticados entre 1996 y 2005, la distribución de la enfermedad persiste en todo el territorio, siendo los departamentos provinciales más comprometidos, Zapala, Chos Malal, Loncopue, Huiliches, Alumine, Pehuenches y Picunches. Estos siete departamentos han permanecido con tasas de hidatidosis muy altas en la población rural desde el año 1986⁵⁷. De todos ellos Loncopue y Chos Malal lograron disminuir el riesgo de enfermar a la mitad en el periodo analizado. Tabla N° 18.

Le siguen con tasas de incidencia intermedias, Collon Cura, Minas, Catan Lil y Confluencia, los cuales han logrado un descenso significativo en la última década, excepto Confluencia que baja llamativamente las tasas en el último quinquenio.

El resto de los departamentos provinciales se mantuvieron con poca variación desde el año 1986 hasta el año 2005.

Tabla N° 18. Distribución de la incidencia anual promedio de hidatidosis en la población rural, por departamento y por quinquenio. Pcia de Neuquén. Periodo 1986 a 2005.

Tasa de hidatidosis humana en población rural (0/000) promedio anual por departamento y por período. Pcia de Neuquén. (n=2765)

DEPARTAMENTO	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
LOS LAGOS	6,39	12,55	9,15	10,82
AÑELO	9,61	11,78	8,14	8,78
ÑORQUIN	14,77	18,96	19,58	7,54
PICUN LEUFU	14,84	7,83	12,51	7,57
LACAR	16,38	30,95	14,71	17,87
MINAS	23,19	31,57	27,49	7,82
CATAN LIL	31,23	36,67	37,81	12,11
COLLON CURA	45,63	45,58	17,21	17,65
CONFLUENCIA	51,83	43,09	69,66	3,89
ZAPALA	54,28	52,33	69,50	59,06
CHOSMALAL	85,99	82,29	123,63	40,51
LONCOPUE	89,58	43,88	26,36	30,83
HUILICHES	43,83	48,59	57,59	45,87
ALUMINE	45,45	25,74	26,93	24,32
PEHUENCHES	22,55	20,24	43,14	38,16
PICUNCHES	30,17	50,20	40,56	35,91

Fuente: elaboración propia en base al informes de hospitalización, SNVS y poblaciones censales DPEYC

En la tabla siguiente, N° 19, se puede observar la evolución y distribución en los dos últimos lustros, de los menores de 10 años con diagnóstico de hidatidosis según departamento de residencia. En general, mantiene cierta correspondencia con aquellos departamentos de mayor riesgo de hidatidosis mostrados en la tabla N° 18.

⁵⁷ Se toma el año 1986 porque a partir de ahí la información provincial es comparables desde las bases de datos unificada y los criterios diagnósticos han sido similares desde entonces.

Alumine, Huiliches, Zapala y Confluencia, son los que mantienen el número más elevado desde 1986. Cabe recordar que este es un indicador desfavorable que alerta sobre contagio reciente de la enfermedad.

Tabla N° 19: CASOS DE HIDATIDOSIS EN MENORES DE 10 AÑOS POR DEPARTAMENTO DE RESIDENCIA. PCIA DE NEUQUEN (n=244)

DEPARTAMENTOS	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	TOTAL
ALUMINE	12	6	6	9	33
HUILICHES	5	11	7	7	30
ZAPALA	10	13	9	5	37
CONFLUENCIA	12	11	5	4	33
CHOS MALAL	8	3	4	1	16
LONCOPUE	7	4	2	1	14
COLLON CURA	3	5	1	1	10
PEHUENCHES	4	2	1	1	8
LACAR	2	1	0	1	4
AÑELO	0	0	0	1	1
CATAN LIL	3	7	9	0	19
PICUNCHES	5	6	6	0	17
MINAS	6	3	1	0	10
ÑORQUIN	0	6	1	0	7
LOS LAGOS	2	1	0	0	3
PICUN LEUFU	1	0	1	0	2

Fuente: elaboración propia en base al informes de hospitalización y SNVS

Si bien los casos en menores alertan sobre la presencia del ciclo parasitario, son también preocupantes los diagnósticos en personas muy jóvenes. Cuando se analiza los promedios, percentilos y rangos de edad, desde 1986 hubo casos en niños de 1 años de vida y la cuarta parte de los afectados se encontraba con menos de 21 años al momento del diagnóstico. Por lo tanto no se puede afirmar desde este análisis que haya habido un desplazamiento de casos hacia grupos de edades mayores aún cuando el programa mantenía cierto grado de cumplimiento en sus actividades de prevención y control.

Tabla N° 20. Medidas de resumen (tendencia central y dispersión) relacionadas a la edad de las personas con hidatidosis durante el periodo 1986-2005. Pcia de Neuquén. (n=2765)

Medidas resumen edad	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	edad en
Mínimo	1	1	1	1	años
25%	19	21	21	20	años
Median	34	35	36	34	años
75%	52	52	53,5	52	años
Máximo	85	95	98	89	años
Moda	10	24	15	19	años
total observaciones	798	785	724	420	2727
Total ignorada edad	38				

Fuente: elaboración propia en base al informes de hospitalización y SNVS

Como se mostró en el capítulo 4, no se pudo encontrar una relación entre el número de cabezas de ganado y la distribución del riesgo de enfermar en la población rural. Esto puede deberse a las limitaciones del procesamiento de la información en base a datos censales agropecuarios que no se corresponden exactamente con los años de los censos poblacionales y a la información pecuaria limitada en general a los productores capitalizados. Ver tabla N° 21.

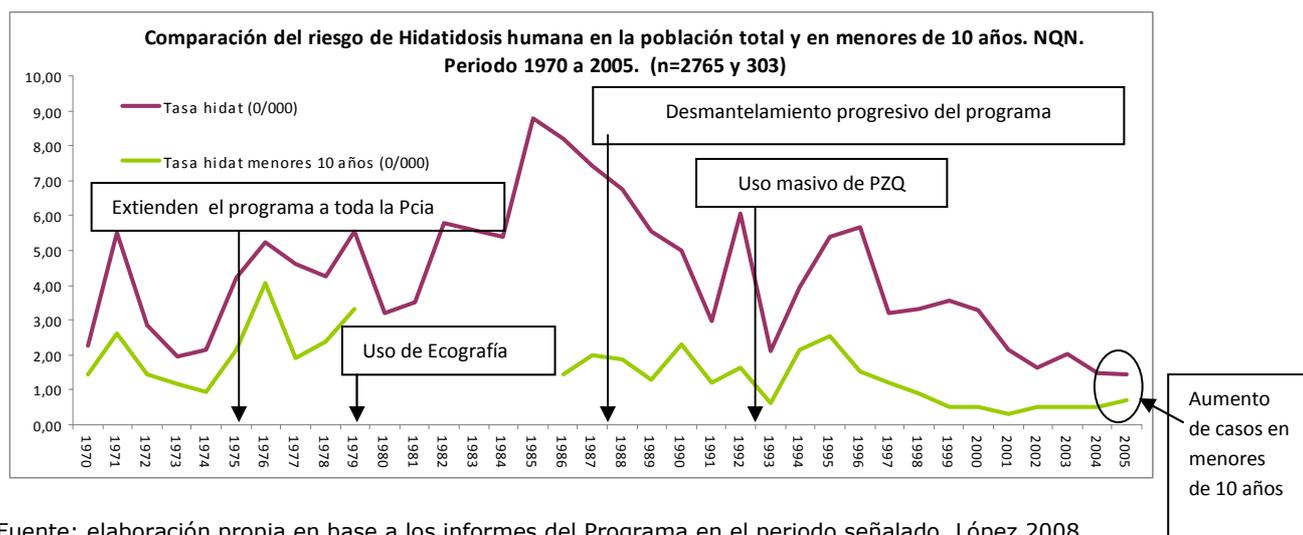
Tabla N° 21. Distribución de tasas de hidatidosis humana rural y cabezas de ganado por departamento y quinquenio. Pcia de Neuquén. Periodo 1996-2005

Departamentos Neuquén	Tasas hidatidosis rural (0/000)		Cabezas de ganado según censos ganaderos			
	1996-2000	2001-2005	ganado menor 1992	ganado menor 2002	Ganado total 1992	Ganado total 2002
ALUMINE	26,93	24,32	52537	18857	56015	29610
AÑELO	8,14	8,78	113983	30541	115320	32871
CATAN LIL	37,81	12,11	121864	63906	128285	77688
CHOSMALAL	123,63	40,51	51422	52742	54770	58902
COLLON CURA	17,21	17,65	93582	25468	97908	32734
CONFLUENCIA	69,66	3,89	5862	27008	6562	31086
HUILICHES	57,59	45,87	83222	8757	149271	21866
LACAR	14,71	17,87	81377	3495	94824	14409
LONGOPUE	26,36	30,83	132616	120033	173079	138131
LOS LAGOS	9,15	10,82	110	3330	1298	7436
MINAS	27,49	7,82	62339	90082	64116	100837
ÑORQUIN	19,58	7,54	57457	52936	61324	65497
PEHUENCHES	43,14	38,16	78193	87292	81984	93440
PICUN LEUFU	12,51	7,57	30730	56738	34319	60701
PICUNCHES	40,56	35,91	103740	44544	118243	55962
ZAPALA	69,50	59,06	51277	97707	51569	104022

Fuente: elaboración propia en base a datos de DPEYC y censos agropecuarios nacionales y provinciales 1992 y 2002.

Desde el inicio del programa, por lo ya expresado en varios apartados, la evolución de la enfermedad debe ser considerada en base a las etapas y modificaciones diagnósticas y terapéuticas realizadas. Así muestra a modo de resumen, en el gráfico N° 4, las tasas de hidatidosis en la población general y en menores de 10 años, desde el año 1970 al año 2005. En el gráfico están señalados los años de la extensión geográfica del programa, incorporación de la ecografía para diagnóstico, tratamiento antiparasitario canino masivo, y falta de recursos.

Gráfico N° 4:

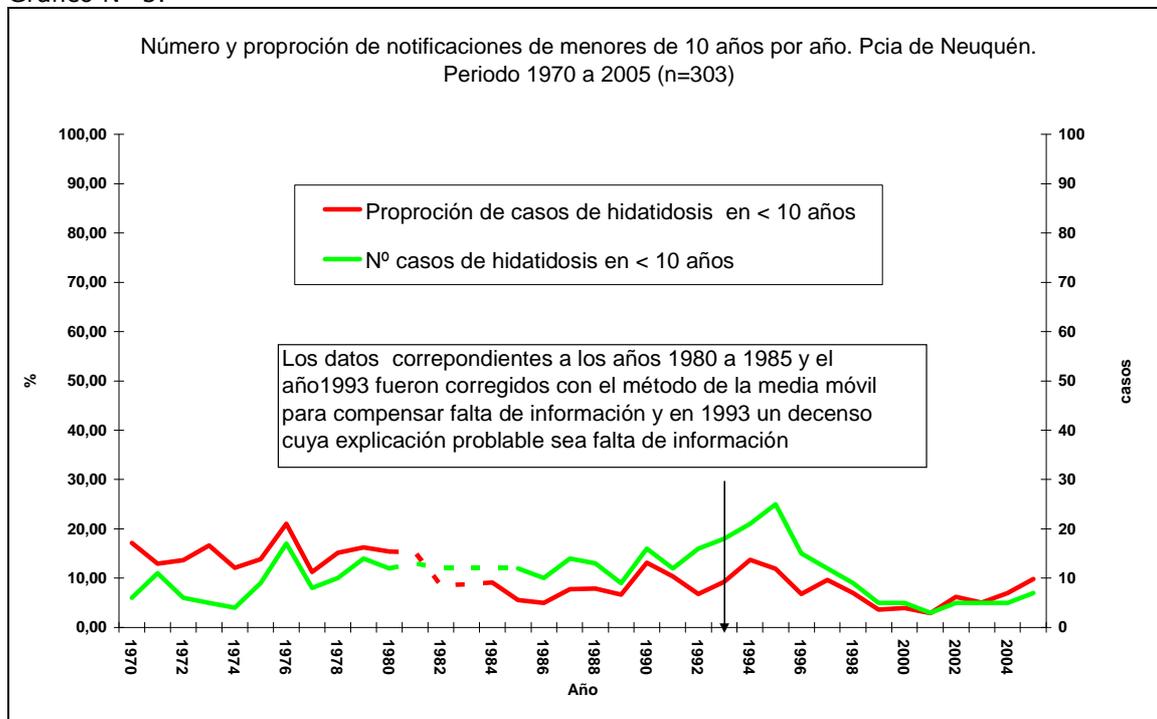


Fuente: elaboración propia en base a los informes del Programa en el periodo señalado. López 2008

Desglosando la información para ahondar en el análisis, en el gráfico N° 5 se observa la evolución y comparación de la proporción y número de casos en menores de 10 años diagnosticados por año. Para dicho análisis, los datos correspondientes a

los años 1980 a 1985 y 1993, fue subsanada a través del uso de medias móviles. Ambas curvas son casi imágenes especulares una de otra, y es para resaltar que a partir del año 1992 a 1999 se observa un aumento del número de casos aunque es más baja su proporción. Luego de un descenso, a partir del 2002 tanto el número de casos como su proporción mantienen un progresivo y suave incremento.

Gráfico N° 5.



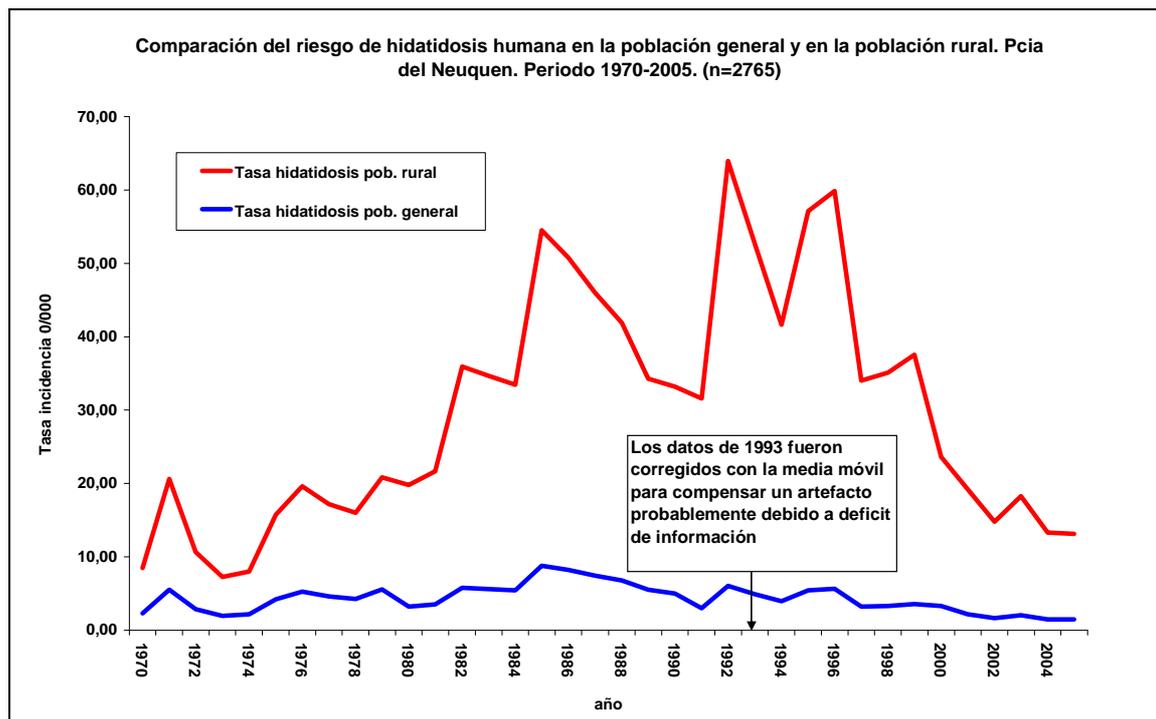
Fuente: elaboración propia en base a los informes del Programa en el periodo señalado, informes de hospitalización y SNVS.

En los análisis de cada etapa se usaron las tasas de hidatidosis en población rural por considerarse más representativas de la situación epidemiológica en la provincia. Más del 95% de los casos tienen residencia en parajes o Comunidades Mapuches. Por lo tanto en el gráfico siguiente, N° 6, se observa un incremento notorio del riesgo desde que se realizan los catastros y se usa la ecografía en el diagnóstico para hidatidosis extrapulmonar, con un descenso posterior también marcado a partir del año 1997 y hasta el 2001 donde parece detenerse la tendencia a disminuir.

Esta curva puede responder en parte a que el impacto medioambiental producido por la sumatoria de las acciones, no es inmediato y sus efectos se podrán observar al cabo de años de sostener dichas intervenciones. Por eso es posible que la disminución de la enfermedad tenga que ver con los resultados del tratamiento masivo canino en la provincia a partir de 1996 cuando se logra asegurar una adecuada provisión tanto en zonas rurales como urbanas.

Otra posible causa de la disminución, es la subnotificación de casos sobre todo en adultos. Esta curva en descenso posiblemente sea la sumatoria de una disminución real del riesgo y otra ficticia por falta de información, la cuestión es que da la falsa imagen de un problema controlado. También influye el tamaño poblacional y la dificultad que se presenta a la hora del análisis e interpretación de las tasas cuando se trabaja con poblaciones pequeñas (a poco cambio de número absoluto, se genera mayor aumento de las tasas).

Gráfico N° 6:



Fuente: elaboración propia en base a los informes del Programa en el periodo señalado, informes de hospitalización, SNVS y censos poblacionales DPEYC.

En el periodo 2000 a 2005, se realizaron dos investigaciones independientes entre sí pero similares en sus objetivos: evaluar la contaminación equinococosa en predios públicos urbanos. Quienes las llevaron a cabo fueron veterinarios locales y sus resultados evidenciaron alta contaminación urbana. Emplearon como metodología el coproantígeno. Sus resultados fueron:

- Ciudad de Neuquén: 10% de positividad en 172 muestras estudiadas en un barrio rural de la ciudad. (Bergagna, 2001)
- Ciudad de San Martín de los Andes: 4.5% de positividad en 200 muestras estudiadas en plazas. (Brusoni, 2006)

Conclusiones:

Esta etapa, de neoliberalismo tardío o post reformista, estuvo marcada por políticas económicas que respondían a los mercados financieros globales. Se había esperado que hubiese un efecto "derrame" por el cual el excedente acumulado por el crecimiento del capital, permitiría mejorar las condiciones de las poblaciones más pobres, eliminar progresivamente la corrupción y fortalecer la democracia.

Esto no fue así, y en los países periféricos, se produjeron efectos contrarios a los previstos. La pérdida de injerencia del Estado frente a las regulaciones del mercado, y el corrimiento intencional de las políticas sociales, no llevó a la creación de modelos de crecimiento económico exitosos y empeoró la situación socioeconómica con aumento notorio de las brechas e incremento de la inequidad. Estos aspectos se fueron reproduciendo hacia el interior de cada país generando desigualdades importantes entre regiones, provincias o localidades.

El endeudamiento externo y el aumento de la desigualdad fueron produciendo una deuda social a la cual se intentó contener con políticas sociales subsidiarias. El mundo globalizado fue convirtiéndose en un mundo polarizado.

En este proceso de globalización, el acoplamiento a las expectativas mundiales del mercado, requirió adaptaciones sociales e institucionales no siempre acordes a las problemáticas de un país o región.

Neuquén no ha sido una excepción, sufriendo similares embates. El periodo entre 1995 y 2005 se transitó entre incertidumbre política, económica y con marcado descontento social.

Desde los discursos oficiales estuvieron consideradas las políticas sociales y sanitarias pero siempre quedaron en segundo plano disponiendo de recursos mínimos, apuntando a la eficiencia y eficacia de los servicios encargados del bienestar social.

Los resultados en general incidieron negativamente en la pobreza estructural y la marginalidad social, peligrando la integridad del tejido social. Los conflictos internos y la pérdida de legitimidad del gobierno y las instituciones fueron manifestaciones del elevado costo que se estaba acarreado y la carencia de políticas de protección social acordes a las circunstancias.

La pérdida del sentimiento de pertenencia e identidad en un Estado que parecía estar indiferente a las problemáticas poblacionales, fue reforzando el individualismo y amenazando romper entidades sociales más amplias.

Desde las políticas sanitarias esto fue llevando a un quiebre con la identidad del trabajo en salud y las instituciones continuaron resquebrajándose inevitablemente.

La desorganización y descomposición social se reflejó en el programa de hidatidosis, quedando reducido a su mínima expresión, llevándose adelante acciones disímiles, incompletas y paliando las deficiencias con tratamientos masivos caninos para lograr cierto impacto que evite males mayores. De manera contradictoria se accedió a formar parte de proyectos interprovinciales e internacionales en la investigación de propuestas diagnósticas y vacunas.

La enfermedad ampliamente extendida en la provincia, continuó marcando su paso, alertando sobre su presencia en localidades urbanas. El análisis epidemiológico se caracterizó por poca integración de la información, análisis centralizado y falta de oportunidad y carencias en la devolución local institucional.

Los datos fueron parciales, sin contar con evaluaciones de calidad y su procesamiento en general se hacía de manera descontextualizada. La presentación de los resultados, así analizados, mostraba un descenso de la parasitación equinococosa canina y una disminución del riesgo de hidatidosis humana que daba la sensación de estar controlado, por lo tanto no era considerado como problema a resolver.

Si bien el enfoque estaba basado en el paradigma de riesgo. Pero no aparecen análisis o estudios epidemiológicos que den cuenta de estos factores.

Los mismos, llamados de riesgo, no fueron desglosados, estudiados ni jerarquizados, tampoco medidos por su fuerza de asociación en la producción de la enfermedad. Tampoco fueron evaluados en su capacidad de ser potencialmente modificables y susceptibles a las medidas de intervención desarrolladas a lo largo de los años desde el inicio del programa.

En su mayoría han quedado relegados a determinantes socioculturales. Y si bien alguno de ellos fue considerado modificable (como los relacionados a las

prácticas de faena domiciliaria y a evitar alimentar al perro con achuras crudas), convirtiéndose en el centro de las medidas de prevención, en la práctica parecieron tener un rol secundario.

Desde el programa de hidatidosis, ya en la etapa anterior y sobre todo en esta última, las actividades de prevención en relación a los pobladores solo figuraron en las propuestas teóricas, desdibujándose cada vez más en la práctica.

La ausencia de trabajo local más personalizado en grupos sociales más vulnerables, como el de los crianceros, llevó a un distanciamiento con los equipos de salud, que en el mejor de los casos quedó reducido a la distribución del PZQ. Cada vez más se mostró su falta de participación.

Posiblemente la disminución de enfermos detectados y el éxito en la desparasitación canina décadas atrás, llevó a favorecer una progresiva pérdida de recursos, movilidad, desvinculación progresiva con los equipos de trabajo local y la población destinataria de las acciones del programa, generándose así una disminución del trabajo preventivo relacionado a hidatidosis. Esto va acompañado del cambio de prioridades en salud, generando a su vez disminución de catastros familiares, búsqueda activa de casos y subnotificación.

Con todos estos aspectos a considerar, es difícil interpretar adecuadamente la información epidemiológica como la tasa en disminución, dado que la información a lo largo del periodo estudiado, no parece ser adecuadamente comparable por las diferentes estrategias e intervenciones que en cada etapa se han generado desde el programa.

Capítulo 6: La hidatidosis desde la mirada de los actores sociales en la actualidad

Introducción

En este capítulo se expondrá la situación actual relacionada a hidatidosis desde los actores en los niveles locales: equipos de salud, veterinarios, docentes, personal municipal a cargo de la desparasitación canina y productores pecuarios.

El objetivo es acercar las vivencias sobre la enfermedad, las medidas de prevención y control que están en vigencia de los pobladores rurales de las áreas seleccionadas al inicio del trabajo, como así también mostrar aspectos del trabajo actual de los equipos de salud, relacionado a esta enfermedad y la participación de otras instituciones.

Para contextualizar los testimonios se comenzará con una descripción breve de los lugares visitados, las dificultades encontradas y el alcance de las entrevistas:

Breve descripción de los lugares visitados durante el trabajo de campo

En la **Zona Norte** se visitaron tres parajes, todos de crianceros trashumantes: Los Miches, Comunidad Mapuche (zona cordillera norte, **departamento Minas**), Chorriaca (zona de sierras y meseta norte, **departamento Chos Malal**), y Las Cortaderas (zona de monte del **departamento Pehuenches**).

En la comunidad de *Los Miches* solo se entrevistó al agente sanitario, el Lonco y parte de la comisión directiva de la comunidad por razones climáticas y disponibilidad de tiempo. La provincia estaba sumida en conflictos varios que produjeron cortes de ruta (paros en instituciones de Salud, Producción, Educación y el reclamo de tierras de otras Comunidades Mapuches). La intensa lluvia dificultó la entrevista en diferentes domicilios de la agrupación.

El Lonco y su gente comentaron que la comunidad creció mucho, actualmente hay cerca de 77 puesteros con piños chicos y entre 4 a 12 perros por familia. Este aumento poblacional tiene que ver que como consiguieron más recursos con la forestación, están logrando que los jóvenes emigren menos.

El personal de salud del área rural junto a personal subsidiado y contratado por el Municipio, cubren los parajes y a la comisión de fomento para la entrega de pastillas destinadas a la desparasitación canina (Praziquantel, PZQ). Estas personas se encargan de darle las pastillas en la boca a cada perro. Pero no siempre pueden entregar el PZQ en tiempo y forma.

Es interesante señalar que el Lonco tiene varios familiares operados de hidatidosis y esto hace que mantenga su preocupación en el tema. Respecto a la ayuda estatal muchos reciben el plan trabajar y les llega la caja de comida, pero por los tamaños de los piños quedan fuera del incentivo ganadero y por el tipo de chivo que sobrevive en esas tierras tampoco se benefician con los programas para la mejora genética de la raza (lo que podría beneficiar en la calidad de pelo).

Figuras 48 a 51: Paraje Los Miches. (Minas)



Fotos tomadas por la autora en los viajes durante el trabajo de campo.

En *Chorriaca*, comunidad mixta (criollos y mapuches), quienes están a cargo de la desparasitación canina, son personas contratadas por la Comisión de Fomento a cambio de subsidios, conforman un grupo heterogéneo en el compromiso con la tarea. Uno de ellos, se dedica cuidadosamente a su trabajo recorriendo a caballo grandes extensiones lo cual hace que deba pasar noches a la intemperie o en el mejor de los casos alojado en casa de crianceros. No reciben herraduras de repuesto lo que a veces dificulta su movilidad. Refiere que su tarea no es valorada por las autoridades.

El pueblo es agradable y muchos pobladores tienen sus casas de material, humildes en general, con escasas comodidades, algunos con leñeros y letrinas. En general mantienen su puesto en el campo. Esto hace que las familias se encuentren con tareas divididas para no descuidar los animales. Es frecuente encontrar actividades extraprediales como tejido, hilado, huertas. Es costumbre traer animales a los domicilios, para realizar la faena domiciliaria en el patio.

Aquellos que migraron del campo y se encuentran desarrollando tareas administrativas como empleados públicos, se trasladan con sus costumbres rurales, sus perros y hábitos de crianza. En muchos casos la vida transcurre una parte en el pueblo y otra en el campo.

Figuras 52 a 55: Paraje Chorriaca (Chos Malal)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En *Las Cortaderas*, zona árida de monte, es un paraje extenso entre Chos Malal y Buta Ranquil donde la sequía se hace sentir con solo mirar los campos y la flacura de los animales. Lo habitan crianceros campesinos fiscaleros, muy pocos en vías de capitalización y hay algunos campos de estancias ganaderas.

Las casas están aisladas y hay de diverso tipo: ranchos de adobe y piedra, casas de material realizadas por la Provincia, construcciones mixtas. La escasez de vertientes produce migraciones locales, cambiando de ubicación su casa o construyendo otra según lo requieran. La posibilidad de huertas se hace difícil por la poca disponibilidad de agua para riego y por ser veranadores.

Todos son veranadores y es frecuente que toda la familia acompañe en el arreo. Reciben subsidios, caja de alimentos y vales de leña y gas. Para buscar las garrafas suelen organizarse en grupos porque deben buscarlas en el pueblo y necesitan vehículos. Cada traslado, ya sea para la veranada o para los trámites de

permiso de tránsito necesitan pagar un transporte (circuito comercial ya instalado que puede oscilar de 50 a 250 pesos el viaje). En general los hombres salen antes a la veranada (es frecuente ver crianceras que han enviudado y hacen el recorrido igual que los hombres) y luego se trasladan en camiones las mujeres con los niños y ancianos, sus pertenencias y animales pequeños, gallinas y gatos.

Figuras 56 a 59: Paraje Las Cortaderas (Pehuenches)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En el **departamento de Loncopue**, zona precordillerana y ganadera, se combinan las grandes extensiones de propietarios empresarios (estancieros) con Comunidades Mapuches y criollos, algunos fiscaleros.

A 110 Km. de la localidad de Loncopue queda una de las Comunidades Mapuches, en *Huncal* (según censo sanitario 200 perros y 811 habitantes) donde el agente sanitario es a su vez el Lonco. Para él, la hidatidosis es preocupante. En esos días su padre se operó de dos quistes hidatídicos, uno en el riñón y uno en el hígado.

Contó que ha sido difícil tratar el tema y mantener el cumplimiento de la desparasitación canina. Hay familias que tienen hasta 16 perros y los perros domésticos y cimarrones suelen comer los restos de animales muertos en los campos.

En el año 2006 no pudieron llevar el Praziquantel en la veranada y hay lugares muy distantes donde depende de la propia gente, el buscar las pastillas, (hay crianceros que tiene 3 horas de caminata para llegar al puesto sanitario).

La gente en general es pobre y con escasas posibilidades de capitalizarse, no obstante están logrando la construcción de una escuela rural móvil (de veranada) y la inclusión en el trabajo de mesas campesinas y caprineras.

Todos reciben subsidios provinciales, vales de gas, leña y caja de alimentos. Al igual que en Las Cortaderas, para buscar las garrafas de gas, realizar trámites y trasladar familia, animales pequeños y pertenencias a la veranada, muchas veces pagan un transporte en camionetas o camiones que les resulta caro en relación a los ingresos.

Figuras 60 a 62. Paraje Huncal (Loncopue)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En el **departamento de Alumine**, zona cordillera sur, se visitaron tres agrupaciones Mapuches: *Carri Lil*, *Loncoluan* y *Ruca Choroi*. Sus pobladores son todos trashumantes con características de crianceros campesinos o peones.

En su mayoría se dedican al ganado ovino y en menor grado al caprino. Las posibilidades de progreso de estas agrupaciones son diferentes. Una de las Comunidades ha tenido cambios notorios en su religión. Actualmente el pastor evangélico y el Lonco son la misma persona.

También con diferentes progresos en la integración con los equipos de salud, en especial porque desde el Hospital de área Alumine hay un trabajo que lleva unos años, sobre interculturalidad y salud.

Alumine cuenta desde el municipio con un Consejo Interinstitucional donde las Comunidades Mapuches están representadas y tiene peso en las decisiones.

La guardaparque de Ruca Choroi, comentaba sobre un reglamento mapuche del año 2000 que establece un límite máximo de chivas por familia, por la depredación que producen. El propósito inicial de esta medida era lograr la disminución progresiva de este ganado, hasta su desaparición para evitar el deterioro de suelos y bosques. Como no hubo suficiente acatamiento, se fijó un máximo permitido de tenencia caprina.

En dos de estas comunidades, luego de varios años de no contar con las acciones del programa desde el nivel central y zonal, se comenzaron a realizar evaluaciones caninas por los equipos de salud locales (con Arecolina). Los resultados de dichas evaluaciones no fueron para nada alentadores, y del 1% que supieron tener años atrás, actualmente se encontraron con el 5 a 6 % de perros parasitados entre los evaluados.

A al igual que en el departamento Huiliches, es en el área programa de Alumine donde se concentra la mayor cantidad de niños/as notificados con hidatidosis, entre años los 2000 y 2005.

Esto lleva a hacerse la siguiente pregunta, ¿que ha sucedido para que esta parasitosis esté re-emergiendo en comunidades que han sido parte del área experimental donde comenzaron las actividades del Programa de Control y Lucha contra la Hidatidosis? La respuesta dicha pregunta es compleja y se tratará de explicar, parcialmente, más adelante (Capítulo 7, Conclusiones finales).

Figuras 63 a 66: Comunidades de Ruca Choroi y parajes del Departamento Alumine



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo (31 y 32) y otras de páginas del turismo de Alumine 22 de marzo 2009 (30 y 33)

Pasando al **departamento de Zapala**, las Comunidades Mapuches *Gelayco*; *Wiñoy Folil* y *Redico*, cercanas al paraje de *Ramón Castro*, están conformadas por crianceros trashumantes, fiscaleros campesinos. Estas Comunidades Mapuches no están aún reconocidas como tales a nivel provincial. Esto ha generados situaciones

de conflicto, cortes de ruta y rispideces con las autoridades, en un año muy malo para la producción por el crudo invierno y las sequías estivales.

Sus características ecológicas corresponden a la zona de monte y junto a Las Cortaderas y las comunidades y parajes del departamento de Collon Cura, conforman las poblaciones de crianceros y puesteros más pobres.

En general poseen más chivas que ovejas, tropilla de caballos y escasas vacas. Reciben subsidios, caja de alimentos, no tienen tendido eléctrico y son escasos los paneles de luz solar.

Los subsidios u otros beneficios sociales no se reciben todos los meses, y a veces no llegan a las Comunidades Mapuches que no cuentan con reconocimiento provincial. Estas agrupaciones tampoco están integradas a la comisión de fomento de Ramón Castro.

Algunos productores de la comunidad, sobre todo crianceros criollos, empezaron con emprendimientos de mejora genética del ganado caprino, pero no les es fácil sostenerlo. También les es difícil mantener los corrales por el tipo de construcción precaria y la intensidad de los vientos.

La tierra es pobre, salitrosa y muchas vertientes de agua no son potables por la salinidad excesiva; de todos modos la gente y sus animales deben usarla ante la insuficiente provisión de agua potable que ofrece la provincia y el municipio.

Figuras 67 a 70: Área de Ramón Castro y protestas de las Comunidades Mapuches por la recuperación de tierras y su reconocimiento en la Provincia. (Zapala)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En el **departamento Huiliches**, área programática del hospital de Junín de los Andes, también hubo situaciones variadas de conflictos institucionales: paros en el ámbito de salud y específicamente situaciones de alta conflictividad institucional en el hospital del área; paros en la Subsecretaría de producción y conflicto por tierras en Comunidades Mapuches. En este contexto no se pudieron realizar la totalidad de las visitas y entrevistas pautadas.

Este departamento corresponde a la zona ecológica de Cordillera Sur. Es una de las regiones más fértiles y con diversificación productiva.

Básicamente la población ganadera se encuentra conformada por estancieros, crianceros capitalizados y crianceros campesinos sedentarios con escasos veranadores. En esta zona hay 72 estancias de las cuales 30 son ganaderas y varias Comunidades Mapuches.

La mayoría de los pobladores crianceros están subsidiados y cuentan con caja de alimentos, vales de leña y gas.

Al igual que en los departamentos de Alumine y Loncopue, hay diversos grados de avances en la conformación de cooperativas y mesas campesinas o caprinas. El rol de La iglesia en las mesas campesinas es significativo en todas estas organizaciones civiles.

Figuras 71 a 74 Parajes de Aucapan y Pilo Lil, del departamento Huiliches



Fotos tomadas por la autor durante el trabajo de campo.

La *Comunidad Mapuche de Chiquilhuin*, muy cerca de la frontera con Chile, hace unos años, era una de las comunidades más pobres de esta región y actualmente hay notables mejorías en la calidad de vida, organización y emprendimientos. Es notoria la autonomía que lograron en la toma de decisiones con comisiones directivas más jóvenes. Les significó un gran progreso contar desde el año 1994 con tendido eléctrico y generadores de energía eléctrica.

Muchas de sus construcciones son nuevas, todas de material y varias realizadas por ellos mismos luego de capacitaciones brindadas por la provincia y el municipio.

También lograron generar mejoras en la producción de artesanías trabajando comunitariamente. Reciben subsidios, caja de alimento, vales de gas y capacitaciones en albañilería. Sus habitantes son fundamentalmente crianceros de ovinos y caprinos y en menor medida de ganado bovino.

En relación a la hidatidosis el último caso humano fue registrado en 1999. Han sostenido la distribución del PZQ con control y supervisión desde la comisión directiva y de la cual es parte el agente sanitario de la comunidad.

Figuras 75 a 77: Comunidad Mapuche de Chiquilhuin



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En el **departamento Collon Cura** se visitaron: un paraje criollo, *Santo Tomás* y las Comunidades Mapuches de *Paso Yuncon*, *Piedra Pintada*, *Sañico* y *Zaina Yegua*.

Entre estos lugares se presentan situaciones heterogéneas dadas por la coexistencia de diferentes grupos sociales desde ganaderos empresarios (estancieros), crianceros capitalizados y agrupados en cooperativas, crianceros campesinos no trashumantes y trashumantes. Las desigualdades son notorias.

Muchos crianceros campesinos sedentarios son subsidiados y pocos pueden acceder al incentivo ganadero.

Figuras 78 a 80: Comunidades de Zaina Yegua, Piedra Pintada y Paso Yuncon (Collon Cura).



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Como en los otros departamentos de campos más propicios y diversificación ganadera, personal de la Subsecretaría de producción está presente para el asesoramiento de estas comunidades.

Hospitales locales:

Los hospitales del interior tienen un área programática que se divide en un área urbana donde se encuentran los centros de salud, y un área rural con puestos sanitarios y visitas programadas periódicas. En dichas zonas rurales las necesidades diarias relacionadas al sector salud quedan cubiertas por los agentes sanitarios.

Los establecimientos hospitalarios seleccionados en este trabajo fueron los siguientes: Junín de los Andes, Piedra del Águila, Alumine, Loncopue y Andacollo. También se visitaron los puestos sanitarios de cada paraje y comunidades incluidas en el trabajo de campo y descriptas en el apartado anterior. En general estas entrevistas fueron grupales, tratando de optimizar el tiempo institucional y dar una oportunidad de escucharse entre sí como equipos de salud.

En las entrevista a los equipos de salud de los hospitales locales, se encontró que la manera de abordar el tema de Hidatidosis es disímil tanto en lo referente a criterios para la notificación como para las acciones de control ante caso nuevo detectado en una familia. La demora en turnos quirúrgico hace que se realicen tratamiento farmacológicos con combinaciones y duraciones diferentes de antiparasitarios.

En otro aspecto en que difieren entre sí, es en las actividades relacionadas con la desparasitación canina tanto en personal a cargo como en periodicidad o estrategias de entrega y es frecuente que en general no se realicen tareas de supervisión o control en ninguno de los niveles (local, zonal o central)

Figura 81: Hospital de Área Junín de los Andes (Huiliches).



Fotos tomadas por la autora

Es poco habitual que actualmente se realice la búsqueda activa de

convivientes con la enfermedad y que puedan estar asintomáticos, asumiendo que han estado expuestos a situaciones de contagio similares. Tampoco hay acuerdos en quien debe notificar: el médico que sospechó el diagnóstico, el ecografista o radiólogo que confirma la imagen compatible con el diagnóstico o el cirujano que interviene al paciente. Otro grupo de personas que padecen la enfermedad pero de forma asintomática, se diagnostican como hallazgo casual a raíz de estudios diagnósticos debidos a otros problemas de salud; estas personas habitualmente no son notificadas como caso de hidatidosis en varios hospitales de la provincia.

En varios de estos lugares se ven cerca de 5 a 15 casos por años. A esto debemos sumar que el tratamiento de los perros se da de manera irregular, en varios parajes y pueblos con mayor déficit de cobertura y cumplimiento en las áreas urbanas y periurbanas. Los equipos de salud entrevistados comentaron lo siguiente:

"Cuando aparece un caso de infección reciente se notifica, los casos con quistes calcificados o personas mayores no las notificamos... sí se mantiene el catastro en familiares"...."

(Médico general, 48 años, de hospital de Andacollo)

En cuanto a las evaluaciones de parasitosis canina:

"...Antes se hacían evaluaciones dos veces por años, pero ahora hace dos ó tres años que no se realizan y la gente entendió que la Arecolina era la desparasitación y no el tratamiento periódico con PZQ.... A veces no se respeta el intervalo de tratamiento canino cada 45 días...algunos lo reciben cada 60 ó 90 días..."

(Médico general, 48 años, de hospital de Andacollo)

Con respecto a como afectan los conflictos institucionales en las tareas programadas y salidas al campo, otro médico refería esto:

"...La situación del hospital, a nivel del conflicto institucional, es alta y afecta la organización. Hay mucho desorden, desconocimiento de las autoridades vigentes, se esta trabajando mal, y se resiente fuertemente la salida al campo...la gente no está conforme como está atendida...."

(Médico pediatra, 53 años, hospital Junín de los Andes)

En relación a la aparición de casos en menores:

"...Hace mucho que no tenemos casos en Los Miches, pero en el 2005 cerca de ahí en una familia de crianceros se diagnosticó una nena de 12 años con hidatidosis pulmonar, y ante la postergación de los turnos quirúrgicos iniciamos tratamiento farmacológico con ciclos de Albendazol y tiene buena evolución..."...."

(Médico general, 48 años, de hospital de Andacollo)

El paulatino deterioro del trabajo en hidatidosis en Junín de los Andes, que trajo aparejado la aparición de casos en menores, sumado al problema de la subnotificación, despertó preocupación en profesionales y técnicos del equipo de salud.

"... persisten los casos en menores y se siguen notificando varios pacientes por año...creo que no se está trabajando bien en hidatidosis ni desde el municipio ni desde el diagnóstico y tratamiento de los pacientes....se hacen ecografías pero no se notifican todos los casos..."

(Médico pediatra, 53 años, hospital Junín de los Andes)

La desvinculación familiar con el trabajo campesino favorece migraciones transitorias de las familias a los pueblos, trasladándose con los animales, sobre todo con los perros de la casa.

"...perros hay muchos y hay un barrio en la zona urbana que es el más pobre y donde generalmente se radican las familias de los crianceros, donde están apareciendo casos humanos....además desde un análisis de los datos varios casos se concentran en familias de áreas rurales que generación tras generación siguen teniendo enfermos de hidatidosis..."

(Médico pediatra, 53 años, hospital Junín de los Andes)

La frecuencia del diagnóstico es disímil, en algunos casos son esporádicos pero los que enferman son niños o niñas, poniendo en evidencia la existencia de un contagio bastante reciente.

"Ahora no tenemos tantas personas afectadas por hidatidosis...pero hace poco una familia de Santo Tomás tuvo dos de sus hijos enfermos, ellos carnean en la casa y tienen varios perros que no siempre los tratan..."

(Equipo de hospital Piedra del Águila, director, médica del área programa y 3 agentes sanitarios)

En cambio, en otros lugares la frecuencia se mantiene, como en el área programática del hospital de Loncopue.

"...estamos viendo 10 a 15 casos por año...no se notifican todos, sabemos que tenemos notificación...está todos desarticulado lo de hidatidosis...sabemos que las pastillas para los perros no siempre son dadas y a veces cuando vamos a las visitas domiciliarias las encontramos apiladas en una repisa....tampoco se hacen catastros familiares ante un caso diagnosticado recientemente..."

(Médico general, 38 años, hospital de Loncopue)

En relación a material de difusión y promoción de medidas de control y prevención, son pocos los lugares donde se han producido materiales, entre ellos figuran los equipos de salud de los hospitales de Andacollo y Alumine:

"...Hicimos un video con testimonio de la gente y lo pasamos en las escuelas y ante la gente de zoonosis del municipio que son de la Ley y tienen mucho recambio y hay que capacitarlos todos los años..."

(Médico general, 48 años, de hospital de Andacollo)

A veces se generan problemas entre miembros de Comunidades Mapuches Y personal de las estancias ganaderas, por la manera en que manejan las achuras, sobre todo tratándose de estancias que supuestamente tienen en funcionamiento sus "colgaderos" o mataderos rurales.

"El tema de hidatidosis nos preocupa porque la Comunidad de Ancatruz que abarca cuatro comunidades (Zaina Yegua, Paso Yuncon, Piedra Pintada y Sañico) se encuentra rodeada por cuatro estancias las cuales faenan y tiran vísceras crudas a los perros..."

(Equipo del hospital Piedra del Águila, director, médica del área programa y 3 agentes sanitarios)

Se han propuesto desde el nivel local algunas alternativas que puedan disminuir la población canina sin entrar en conflicto con las asociaciones protectoras de animales y los municipios no eutanácicos.

"... además la población de perros supera ampliamente la población humana...sugerimos como medida complementaria la esterilización canina...en general tenemos buen rendimiento en la distribución y entrega del PZQ, pero sabemos que cuestan que cumplan algunas familias y que mantengan las medidas de prevención...tendríamos mucho interés en que se mantengan las evaluaciones" director Hosp. Piedra Águila, odontólogo y el equipo de agentes sanitarios todos hombres de más de 20 años en el trabajo.

(Equipo del hospital Piedra del Águila, director, médica del área programa y 3 agentes sanitarios)

Agentes sanitarios y promotores comunitarios:

Los agentes sanitarios y promotores comunitarios de salud, son personas que pertenecen a las comunidades o pueblos en los que trabajan, conocen su gente, comparten las costumbres y vivencias y cumplen un rol fundamental para los vecinos.

Figuras 82 y 83. Puestos Sanitarios de Chorriaca y Ruca Choroi (Chos Malal y Alumine)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Uno de ellos define su trabajo multifacético y hoy en día enfocado al enfermo y poco a la prevención y la importancia de los problemas vivenciales, psicológicos de las personas a las que visitan y asisten:

"...el agente sanitario hoy trabaja con el enfermo y no con el sano...hay muchos problemas psicológicos en la gente... a veces viene porque se sienten solos...y tenemos que hacer lo que debemos y prometemos hacer...hay que conocer a la gente, ser parte de ella, lograr su confianza...tenemos que tener esa cosa de observar...algunas cosas se responden viendo...la herramienta mía es la gente, lo que he aprendido es por y con la gente...a veces tenemos que hacer de asistente social, policía, veterinario, médico, psicólogo, de todo... uno se tiene que acostumbrar al lenguaje que la gente tiene..."

(Agente sanitario de Los Miches, depende de hospital Andacollo y lleva en ese trabajo 27 años)

Con respecto a las actividades relacionadas a la hidatidosis, uno de los problemas a resolver es que la gente comprenda para que se necesite tratar a los perros, pero sienten que en ese transmitir información algo falta, algo no llega adecuadamente.

*"...hay una seria dificultad en la gente para entender la prevención...algunos piden la pastilla porque piensan que el perro está enfermo pero no se la dan cuando deben...y veo que a pesar de explicarles, algo falta...
...para nosotros, los agentes sanitarios, es algo preocupante..."*

(Agentes sanitarios del área rural del hospital Piedra del Águila).

Con respecto a las medidas preconizadas desde los inicios del programa, las dificultades persisten en lo referente al cambio en los modos en que se hace la faena domiciliaria. Demás hay otras zoonosis que comienzan a preocupar:

"...es muy difícil que cocinen las achuras...acá se faena mucho...esta gente tiene que tener asesoramiento de veterinarios, hacer cursos, conocer sobre las enfermedades de sus animales...acá la gente se abastece y abastece a otra gente cuando carnea y no tenemos ni un mínimo colgadero, menos un matadero... .hubo en los últimos 15 años dos pacientes con fasciola hepática."

(Agente sanitario de Los Miches, depende de hospital Andacollo y lleva en ese trabajo 27 años)

En varios lugares la gente sigue solicitando el sacrificio canino, incluso en comisiones de fomento donde esta prohibido. Otro aspecto es que la movilidad de las personas a cargo desde dichas comisiones de fomento es muy rudimentaria y las distancias son difíciles de franquear.

"...hay dueños de perros que piden el sacrificio canino, y tuve que pedirle al juez de paz para cubrirme y hacerlo ante pedido escrito del propietario... pero otros propietarios no les interesa darles las pastilla y no vienen a las concentraciones y no traen a los perros ovejeros....a veces para dar la pastilla voy muy lejos, en bicicleta y tengo que quedarme a dormir en el campo..."

(Personal contratado subsidiado por comisión fomento Chorriaca, hombre criancero 38 años)

Una de las promotoras de salud es de familia de crianceros, es la menor de nueve hermanos y ayudaba en las tareas del campo desde pequeña; actualmente tiene cinco hijos y su marido es criancero. Desde que está trabajando en promoción de la salud le fue dando importancia al tema, porque *"no toda la gente esta informada"*.

Ella tuvo hidatidosis, le diagnosticaron la enfermedad en el año 1985 a los ocho años, cuando se hacían uno de los catastros ecográficos en las escuelas rurales. El marido también fue operado de chico, ella refiere que la causa era la falta de tratamiento a los perros y el contacto a través del juego con los perros.

"La gente no cree mucho en esto, tiene que pasar un caso en la familia para que se tome consciencia. Yo ahora vivo con temor porque a mis hijos no quiero que les pase lo mismo..."

(Mujer, 32 años promotora de salud de la Comunidad Mapuche de Carri Lil)

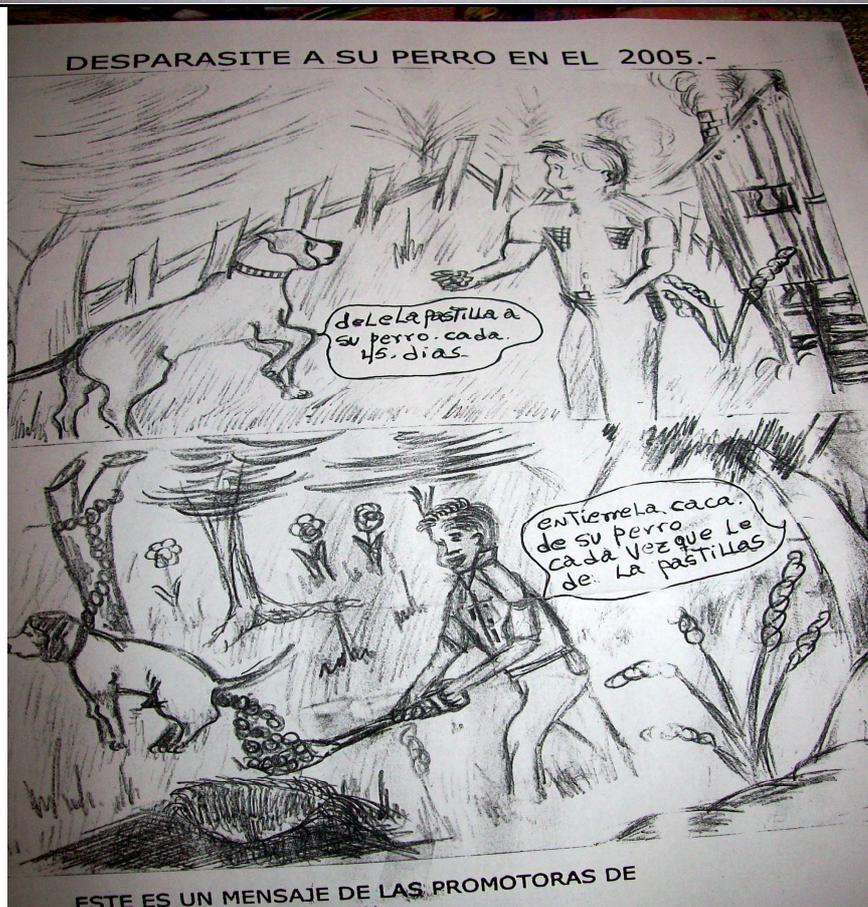
A continuación se muestra el material preparado por promotoras y miembros de las comunidades. En ellos se encuentran muchos dibujos y los mensajes contienen adaptaciones del lenguaje a los usos y costumbres de la comunidad. En los folletos prevalece el mensaje que fue dado desde los inicios por el personal de salud. Figuras 54 a 56.

Figura 84: Material de difusión generado por promotores de salud, la comunidad y agentes sanitarios.



Figuras tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Figuras 85 y 86: Material de difusión generado por promotores de salud, la comunidad y agentes sanitarios.



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Figura 87: Folleto elaborado por promotores y agentes sanitarios



Foto tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

En este último folleto se observa como conviven hoy en día el mensaje higienista dentro del paradigma de riesgo y, por lo menos en lo que respecta a esta zoonosis y la confusión existente para los promotores sobre métodos de diagnóstico y tratamiento (ya no se usa para el diagnóstico el método serológico de DD5).

Paralelamente, fue común encontrar en los lugares donde se elaboraron estos materiales, la faena a pie de árbol. En la foto que se muestra a continuación había cinco perros atentos y a distancia prudencial de los hombres, esperando el momento de ser arrojadas las achuras crudas. En esa faena el hígado de la oveja mostraba un pequeño quiste hidatídico.

Figura 88: faena a pie de árbol durante la esquila. Figura 89: hígado con pequeño quiste hidatídico en la oveja carneada.



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Los agentes sanitarios de reciente ingreso, reciben capacitaciones en las que parece no estar incorporado de manera adecuada el tema de cómo transmitir las prevenciones de algunas enfermedades como la hidatidosis.

"...el tratamiento con las pastillas no lo tenemos tan claro y al no haber agente sanitario, hace tres meses que no se reparten..."

(Mujer, 24 años, agente sanitario de reciente ingreso al puesto sanitario de Pilo Lil, Huiliches)

Con Respecto a otro actor importante, el **"perrero"**, se entrevistó a quien llevó adelante esa tarea durante 30 años, desde los años 76 ; y el comentó lo siguiente:

"...En nuestra Zona Sanitaria nunca paramos el programa...pedimos colaboración a otras instituciones...no solamente la gente de salud ha llevado adelante el programa de hidatidosis..."

(Técnico del programa que durante 30 años trabajó en el programa primero como "perrero" y luego como coordinador zonal de zoonosis en Zona Sanitaria III)

En relación a la manera de buscar estrategias para garantizar el tratamiento se apoyaba en dos conceptos

"...no siempre Salud Pública o el Municipio van a poder seguir comprando la pastilla a los perros, la gente tiene que saber donde comprarla, como dársela...nosotros no íbamos a esas casas alejadas para hacerles la evaluación, respetábamos la estructura de trabajo en los corrales, sino la gente iba a dejar de venir esperando a que vayamos a sus puestos... sí los visitábamos para charlar y atraerlos..."

(Técnico del programa que durante 30 años trabajó en el programa primero como "perrero" y luego como coordinador zonal de zoonosis en Zona Sanitaria III)

Figuras 90 y 92: llegada de crianceros al corral de evaluación canina (2008). Figura 93: palangana de fondo oscura usada durante la evaluación de materia fecal canina con visualización de equinococos granuloso (2008)



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Dentro de lo programado en el trabajo de campo, se realizaron evaluaciones caninas con Bromhidrato de Arecolina en parajes y Comunidades de los departamentos de Loncopue, Alumine, Collon Cura, Chos Malal y Pehuenches. En la mayoría de estos lugares hacía varios años que dicha actividad del programa se realizaba de manera esporádica o directamente estaba ausente.

La intención de proponer las evaluaciones fue doble: por un lado observar el grado de convocatoria y el comportamiento de los pobladores en relación al recuerdo de pautas que debían cumplir (llegar a horario con todos los perros, traer cadena o lazo para atarlos, esperar fuera del corral). El otro aspecto era saber si había perros parasitados al momento de la investigación.

Las Figuras 90 a 93, fueron sacadas en una de esas ocasiones y en ellas se puede ver como la gente va llegando para una evaluación canina, dejando los caballos cerca de los corrales de desparasitación y llevando correas para sus perros. La foto 62, corresponde a la evaluación de la materia fecal canina posterior a la purga con Arecolina. Se realiza en una palangana de fondo oscuro y se hecha agua. El material que se muestra contiene pequeñas tenias blancas (como granos de arroz en su tamaño real) que son los *Equinococcus granulosos*.

Otras Instituciones y sus actores sociales

Una parte importante del personal docente de las **escuelas rurales** ha participado desde el inicio con las actividades del programa, habiendo llegado a ser un eslabón fundamental en las actividades de prevención sobre hidatidosis: convocando a charlas informativas, difundiendo información, cooperando en los avisos de las evaluaciones caninas y recordando las fechas de dar el tratamiento antiparasitario a los perros.

Figura 94: escuela del paraje Chiquilihuín (Huiliches).



Foto tomada por la autora

Actualmente, la hidatidosis dejó de ser un tema de trabajo dentro del aula, salvo algunas pocas excepciones. Muchos de los maestros y maestras, no tiene conocimiento actual sobre esta zoonosis.

El director de la escuela de uno de los pueblos describió algunas situaciones que justificaría en trabajo áulico pero con una mirada más integral sobre el cuidado de las mascotas:

“en la vida cotidiana, desde lo padres no está inculcado el cuidado hacia el perro, porque el perro parece ser del pueblo, se mete en las huertas...los chicos del pueblo tienen muchos perros...la gente carnea los animales en sus casas y tiran las achuras a los perros, eso se ve, es cultural, no está en vías de solución...”

Hombre de 45 años, director de la escuela de Santo Tomás

Otro testimonio de un director que ha trabajado en la provincia desde el año 1984, siempre como maestro rural, reconoce el trabajo realizado por los perreros como protagonistas en la difusión. En esos años, ayudaba mucho la vivencia directa con la enfermedad, pero da la sensación que los docentes tenía un rol complementaria y hasta pasivo desde propuestas pedagógicas. Actualmente no está incorporado en la currícula y parecen depender del personal de salud para que determinados temas sean de interés áulico.

"...yo venía de Entre Ríos y no conocía la enfermedad, la conocí a través del trabajo que los perreros hacían con las escuelas...como todos conocían de algún chico o chica operados...lo que hacían era tomarle importancia al conocimiento que volcaba el médico. Había una vivencia directa de la enfermedad y no se olvidaban...hace 4 años que no tenemos charlas específicas desde salud." "

(Hombre de 60 años, director de la escuela de Loncoluan)

La otra cara de la moneda, es un director que recién se incorpora en la provincia, el que comenta las dificultades que encuentra desde las pautas socio culturales familiares como formas de resistencias a las propuestas de cambio:

"...hace tres meses que llegue a la escuela y es mi primera experiencia rural....acá la gente no quiere cambiar ni en la crianza de los animales ni las formas de cultivo y los chicos reproducen lo que hacen sus padres...todos tiene subsidios y ven a la escuela (auxiliares de servicio, portería) y a la comisión de fomento como salidas laborales fáciles..."

(Hombre de 40 años, director de la escuela de Pilo Lil, Huiliches)

Sobre la desigualdad en el proceso de enseñanza aprendizaje, comenta que los alumnos del pueblo reciben más horas de clase y se encuentran mejor preparados que los niños y niñas de las Comunidades Mapuches cercanas. También hace referencia al rol de la escuela como nexo con salud.

"...se ve diferencia con los chicos que vienen de las Comunidades Mapuches porque tiene un nivel muy bajo, tienen jornada simple...en su forma de pensar hay mucha resignación. Desde la escuela se lleva a los chicos al control médico en la posta..."

(Hombre de 40 años, director de la escuela de Pilo Lil)

En algunos parajes los docentes no cuentan con casas propias. Este déficit habitacional hace que se encuentren en condiciones de precarización laboral.

"...No se están construyendo albergues nuevos y la casa de docentes la están construyendo con mucho esfuerzo y con poco respaldo"

(Hombre de 40 años, director de la escuela de Pilo Lil, Huiliches)

En relación a los/as **veterinarios/as** que se desempeñan en Zoonosis de los municipios, ellos expusieron como ven el rol que debiera cumplir la Dirección de Zoonosis de Salud Pública como eje central en la coordinación y supervisión de las acciones que dependen de otras instituciones gubernamentales:

"... el vacío que se siente desde la provincia en el programa de hidatidosis, sobre todo en la falta de presencia desde Zoonosis de Salud Pública. Los municipios, con sus jurisdicciones limitadas, tratan de realizar acciones que resultan descoordinadas, desarticuladas, sin seguimiento ni asesoramiento..."

(Médica veterinaria, que hace 17 años se desempeña en el municipio Alumine)

La hidatidosis como problema sanitario sigue en vigencia. Encuentran quistes hidatídicos en todas las especies ganaderas que ingresan al matadero.

"...permanentemente y en todas las especies, también en porcinos, se ven quistes hidatídicos en animales de faena..."

(Médica veterinaria, que hace 17 años se desempeña en el municipio Alumine)

La privatización de mataderos es otro escollo que no está resuelto y deben buscar estrategias para facilitar la faena para ganado menor destinado al consumo familiar.

"...Ahora lo único que hacemos es desparasitación por barrios, nada más...el matadero actual dejó de ser de uso comunitario y paso a ser de uso comercial, por lo cual solo puede faenar la gente que esta registrada, si alguien solicita el matadero para consumo, los ofrecemos y tenemos un sello que dice consumo para evitar que comercialice dicho producto..."

(Médica veterinaria, que hace 17 años se desempeña en el municipio Alumine)

En lo referente a la notificación del ganado enfermo, también hay déficit.

"...no se realiza la notificación, quedando el registro en el matadero, se perdió interés porque se siente que a nivel provincial se perdió el seguimiento en la enfermedad y cada mes tenemos por lo menos la consulta de algún criancero que carneó un capón y encontró las bolsas de agua..."

(Médico veterinario de 47 años, del municipio Piedra del Águila)

Desde la mirada de los productores ganaderos:

Los **Crianceros**, ellos comentaron sobre la faena, las medidas de prevención relacionadas a la misma y la vida en campo abierto. En sus relatos surgen situaciones diferenciadas desde la perspectiva de género y en relación al perro como agente de trabajo en el campo ó animal doméstico.

Hay personas que tiene incorporado el mensaje repetido durante estos años por los equipos de salud pero no siempre las medidas propuestas son fáciles de cumplir.

En el campo, con los animales, el intento de cumplir con pautas de prevención, no siempre es exitosos como ocurre con las vísceras de los animales que mueren o se matan para consumo, que aunque se trate de enterrarlas, los perros las buscan y las consumen.

"...A veces en el campo enterramos las achuras, pero los perros las desentierran... en la casa es más fácil hacer las cosas pero en el campo, con el arreo están los hombres con los perros que van al campo..."

(Hombre, 25 años, criancero mapuche de Huncal, Loncopue).

El aprovechamiento de las vísceras para la preparación de alimentos, suele estar a cargo de las mujeres; ellas están acostumbradas a realizar la inspección y desechar las achuras en la que detectan de quistes (los que se ven a simple vista).

"..Con las achuras algunos preparan salchichas y bifes de hígado. A veces se encuentran bolsitas de agua, pero más en chivas y entonces las quemamos...pero en el campo a veces los hombres no lo hacen..."

(Mujer, 31 años criancera mapuche de Loncoluan, Alumine)

Incluso hay veranadores que durante el arreo, cuando carnean en el camino inspeccionan las vísceras y si encuentran quistes, las queman para evitar que sean ingeridas por los perros.

"Cuando salen a la veranada en noviembre, llevan 15 a 20 días a caballo y carnean en el lugar, se alimentan de asado y sopa...cuando se puede las achuras con bolsitas de agua las tiramos al fuego..."

(Hombre, 57 años, criancero criollo de Las Cortaderas, Pehuenches)

Si bien en varios pobladores se encuentran arraigadas estas pautas preventivas, en otros aunque la información está incorporada, no la realizan.

"...el hombre de campo para ser más práctico tira las achuras a los perros...y cuando carnean muy apurados no siempre revisan las achuras..."

(Hombre, 57 años, criancero criollo de Las Cortaderas, Pehuenches)

"...y es difícil acordarse de hervir las achuras cuando estamos en el campo...yo se que la enfermedad se previene no dando las achuras crudas a los perros, pero es difícil de cumplir por los horarios del campo, mis hijos llegan tarde y carnean el animal en campo abierto y son los que manejan los perros todo el día porque sin perros tampoco andan..."

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

"Las bolsitas de agua se encuentran en animales más grandes...algunos queman esas achuras, pero otros se las dan a los perros...se encuentran más en ovejas viejas"

(Hombre, 74 años, criancero mapuche de Carri Lil, Alumine)

En relación a los perros algunos cuentan como hacen para que el perro reciba el tratamiento, las dificultades que se les presentan y los problemas en la distribución del PZQ a los puestos. Esto es lo que dicen al respecto:

"...tenemos cuatro perros pero a veces es difícil darles la pastilla, no las quieren..."

(Familia de crianceros criollos de Las Cortaderas, Pehuenches. La pareja tiene 47 y 42 años).

A pesar de las distancias que deben recorrer, algunos crianceros (sobre todo mujeres), tratan de dar continuidad al tratamiento de sus perros, no dependiendo de la distribución realizada por salud o por la Comisión de Fomento a los domicilios.

"...llevamos las pastillas del pueblo, porque el puesto queda a 5 Km. y el perrero no va nunca para allá...Les damos las pastillas a los perros con pedacito de carne..."

(Mujer, 60 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal)

"...yo se de la hidatidosis porque la gente conversa, y quemo las achuras cuando encuentro las bolsitas de agua...acá y en la veranada llevamos las pastillas para los perros que tengo 4 y una perra que acaba de parir..."

(Mujer, 78 años, criancera mapuche de Huncal, Loncopue)

En ocasiones, se aprovecha la consulta en el puesto sanitario o la salita para ir a retirar el PZQ.

"...Las pastillas para el perro las retiro cuando voy a la salita...sino pueden pasar más de dos meses sin que las traigan...creo que la hidatidosis se contagia por el aliento, o la materia fecal del animales que está en la piel de los perros..."

(Mujer, 31 años, criancera mapuche de Loncoluan, Alumine).

En otros casos, dentro de la misma comunidad, pueden pasar muchos meses sin que se entregue la medicación antiparasitaria, tampoco se generan soluciones, solo se espera a que se cumpla la entrega, como deber del sector salud.

"...a veces pueden pasar 6 meses sin que nos traigan las pastillas..."

(Mujer, 30 años, criancera mapuche de Loncoluan, Alumine).

Hay personas que reconocen su olvido en relación al tratamiento y a la falta de adhesión a las medidas preventivas propuestas sobre la faena.

"...le damos achuras crudas y a veces nos olvidamos de darles las pastillas..."

(Hombre, 20 años, puestero mapuche de Ruca Choroi, Alumine).

Las dificultades para asociar los quistes en los animales y la enfermedad humana generan estos resultados.

"...encuentro quistes al carnear pero igual se las doy a los perros...no se como uno se puede enfermar..."

(Hombre, 74 años, criancero mapuche de Carri Lil, Alumine)

En otros casos, las evaluaciones caninas con Arecolina, representan para los crianceros, el verdadero tratamiento del perro. El efecto de la purga, la "limpieza del perro" y la visión directa del parásito, creó en el imaginario de mucha gente el efecto de "vacuna". Ese mérito dado a la Arecolina no es compartido por el PZQ, en el cual no ponen expectativas de efectos terapéuticos.

La responsabilidad de que la gente se enferme se adjudica a la falta de evaluaciones caninas realizadas por los perreros.

"...antes venían todos los meses a darle la vacuna al perro (por la Arecolina) pero ahora no, por eso se enferman tanto..."

(Hombre ,25 años, criancero mapuche de Ruca Choroi, Alumine)

El programa en la actualidad, ha puesto el peso en el tratamiento masivo con PZQ tanto en las áreas urbanas como rurales. Es importante ver el grado de déficit que la medida presenta en general y como agravante, que a veces está relacionado con la falta de agente sanitario. Esto último lleva a considerar problemas más amplios en lo referente a la asistencia desde el sector salud.

"...el agente sanitario nos entregaba las pastillas para los perros, dos veces al año y para la veranada, pero este año desde que regresamos (hace 6 meses) no nos han traído y tuvimos que comprarlas..."

(Mujer, 35 años, criancera mapuche, Gelyco, Zapala)

"...hace tiempo que no me traen las pastillas... hace años que no se hacen análisis a los perros y la visita médica este año se espació a una vez al mes, pero no van a llevar las pastillas... aunque las lleven no es tan fácil acordarse de darle el tratamiento a los perros..."

(Mujer, 28 años, Criancera mapuche de Wiñoy Folil, Zapala)

Otros crianceros, recibiendo la medicación, olvidan dársela a los perros, aún reconociendo que en su ganado se encuentra la enfermedad. Algunas de estas personas cumplen funciones en la comunidad que les permitiría promover las medidas de prevención a través de mensajes pero sobre todo de su propio cumplimiento, situación que a veces no se da.

"...tengo perros y todos los meses me traen la pastilla y se la doy siempre pero hace como dos meses que me olvidé de dárselas...siempre que carneo encuentro las bolsitas de agua, siempre, en la telita, en el corazón, en el riñón... creo que la enfermedad se da por descuido de uno...no hay que acariciar a los perros..."

(Mujer, 30 años, guardaparque de RucaChoroi, llegada de otra provincia. Tiene ovejas)

En relación a las costumbres de faena, suelen dejar colgadas algunas achuras para ser secadas, no hay dispuestos colgaderos domiciliarios y el traslado en el campo incorpora muchas veces a los niños.

Figuras 95 a 97: casa con vísceras secas colgando, faena en campo y traslado a caballo.



Fotos tomadas por la autora.

En cambio, los **crianceros capitalizados**, a veces quedan fuera del circuito del agente sanitario o se hace difícil el control de la desparasitación por estar trasladándose entre el campo y el pueblo. Estas familias también están expuestas a la enfermedad.

La falta de inclusión en las visitas domiciliarias realizadas desde el sector salud, genera reclamos por parte de algunos crianceros que han vivido épocas en que las visitas se realizaban a todos los puestos sin distinción. Actualmente no solo se han incrementado las actividades y funciones de los agentes sanitarios sino que se ha complejizado la atención de personas mayores con casas muy alejadas; esto ocasiona priorizar las visitas.

"...necesito que pase el doctor porque tiene la obligación de pasar por las casas...la ingratitud es muy grande..."

(Hombre, 70 años, puestero criollo, Huncal, Loncopue).

Otra familia, hace reflexionar en el alcance limitado de las medidas si éstas no incorporan a todos los actores sociales.

"...No recibimos pastillas y tampoco las vamos a buscar, ni recordamos cada cuanto hay que dárselas..."

(Hombre, 70 años, criancero capitalizado, criollo, Pilo Lil, Huiliches).

En relación a **los ganaderos** que manejan las estancias, hacen referencia a la llegada de los agentes sanitarios para la distribución del PZQ y la difusión de información, especificando que como el perro no es asunto de los veterinarios que cuidan y asesoran la sanidad del ganado.

"...el veterinario no se mete con la sanidad canina, de eso se encarga el agente sanitario que viene a hablar con la gente y le da las pastillas..."

(Hombre, 32 años, ganadero de una estancia de Loncopue)

"...el perro no da plata, por eso no es un tema animal que tome producción..."

(Hombre, 75 años, ganadero, estancia de Loncopue).

Como contrapartida, hay otros establecimientos ganaderos que quedan fuera del circuito de visitas del agente sanitario. Entre los factores que influyen para no incluirlos en la visita sanitaria figura la escasez de familias de puesteros que actualmente viven en dichos establecimientos. Eso hace que los controles de salud destinados a los menores y mujeres embarazadas, no se requieran.

"...dosificamos permanentemente a los perros, pero nosotros mismos desconocemos sobre el tema de hidatidosis, hemos tenido empleados afectados en general en personas más viejas..."

(Hombre, 28 años, ganadero criollo, Estancia Piedra del Águila Collon Cura).

"...no recibimos la visita médica porque en general quedan pocos empleados con sus familias en los puestos..."

(Hombre, 32 años, ganadero de una estancia de Loncopue)

"...es norma del establecimiento que se desparasiten los perros, también en veranada. Perro que está, perro que toma PZQ y hacemos hincapié en que cocinen las achuras... Cuando carneo yo veo que hay hidatidosis en los animales y aunque ha mermado, sigue presente..."

(Hombre, 75 años, ganadero, estancia de Loncopue).

Es de destacar como se mantienen en funcionamiento los mataderos rurales, llamados "colgaderos". Éstos evitan que los perros tengan acceso a las achuras al momento de la faena.

Figuras 98 a 101: colgaderos para faena sanitaria en estancias. Mataderos rurales



Fotos tomadas por la autora durante el trabajo de campo.

Vivencias relacionadas con la enfermedad

Con respecto a la hidatidosis humana, no siempre el haberla padecido o haber tenido un familiar enfermo, conlleva a cambios de hábitos. A veces las medidas se cumplen parcialmente, y otras, aunque se cumplan no eliminan los riesgos de contagio.

"...yo les doy la pastilla cada 30 días pero los perros se van al campo y comen animales muertos... y cuando estoy en el campo le doy a los perros las achuras crudas. Es rara la enfermedad... yo me operé hace 40 días"

(Hombre, 51 años, criancero mapuche de Ruca Choroi, Alumine)

Una de la mujeres que se entrevistó contó que tres de diez hermanos enfermaron de hidatidosis y calculan que el momento de contagio fue en la niñez.

"...yo pienso que me enfermé porque me contagié de los perro... teníamos una perrita muy regalona que dormía con nosotros..."

(Mujer, 62 años, criancera criolla, Santo Tomas, Collon Cura).

Una de las mujeres entrevistadas, contó sobre el padecimiento que implicó para su madre, haber tenido hidatidosis pulmonar. También aventura las posibles causas que provocaron el contagio y en las que se observa la incorporación de aspectos centrales del ciclo del parásito.

"ellos tenían una vida en el campo con poca higiene, sin poner cuidado en la comida ni en los perros y cuando era chica en el campo no había todavía control de los perros...tuvo 3 operaciones, una por hidatidosis en el pulmón, pasó cuatro años muy mal, pero después de operarla salió rapidísimo...nosotros aprendimos a ser cuidadosos con los perros, tratarlos todos los meses y no dejar que entren a la casa, además le preparamos la comida cocida".

(Mujer, 40 años, criancera criolla de Chorriaca, Chos Malal, su madre es una mujer de 70 años)

Otra de las familias, en la que varios convivientes estuvieron afectados por esta parasitosis (marido y dos hijos, todos adultos), comentó las dificultades que tienen para cambiar hábitos y cumplir con el tratamiento con PZQ. El resto de la familia no ha sido estudiada.

"...lo tenía en el hígado, en un lugar delicado, fue una operación grande... pero los perros se ponen mañosos para comer, comen mucho animal muerto en el campo, y cuesta darles las pastillas...hervir las achuras cuesta mucho por falta de costumbre."

(Hombre, 60 años, puestero criollo, Chorriaca, Chos Malal)

Continuando con otros testimonios de familias donde la enfermedad es recurrente. En una de ellas, cuestionan el rol del perro en el contagio, dado su aspecto saludable (los perros con equinococosis en general no presentan consecuencias visibles en su estado general). Otro aspecto a considerar es que la enfermedad era mucho más frecuente y parece haber estado naturalizada, con una especie de resignación a la posibilidad de enfermarse sin poder hacer mucho para evitarlo.

"...tuve dos hijas con hidatidosis cuando eran adolescentes, (ahora tienen 39 y 27 años) y uno de los varones que tuvo que estar cuatro años en los hospitales porque le sacaron un pulmón cuando tenía 14 años. Ellos de chicos jugaban mucho con el único perro que teníamos, que además estaba sano, dormía afuera, por eso creo que los enfermó el frío...los chicos iban al campo y ayudaban a carnear los animales y las achuras las tiraban al fuego, más si tenían bolsitas de agua...antes casi todos se operaban de esto..."

(Mujer, 70 años, puestera mapuche de Huncal, Loncopue)

El testimonio siguiente, en el cual una niña y un niño enfermaron, la consulta realizada por su mamá no fue temprana, cuando los llevó al médico estaban con un estado general comprometido. La enfermedad no se manifestó de manera simultánea en los menores. Hubo meses de intervalo entre cada uno. Ante el primer hijo afectado no se realizaron catastro en los otros hermanos; tampoco este comportamiento alertó sobre otros problemas presentes en ese hogar.

"Dos de mis tres hijos tuvieron hidatidosis, el más grande comenzó a los seis años...tenía siete quistes en ambos pulmones y también en el hígado, tuvo tres cirugías y siguió con tratamiento; la nena empezó a los cuatro años con una pelota en la panza y la operaron..."

...No se cómo se contagiaron...dicen que pueden ser las carnes o las verduras pero no me dijeron nada de los perros...cuando carneamos a veces encontramos bolsitas de agua pero no le damos importancia y se las damos a los perros porque

es la costumbre...el marido y dos cuñadas tiene también hidatidosis...las pastillas se las damos a veces cada dos meses..."

(Mujer, 25 años, criancera mapuche de Carri LIL, Alumine)

A veces, la hidatidosis causó la muerte de algún familiar o conocidos en las décadas pasadas, ahora es muy poco frecuente que fallezcan por esta causa. De todos modos hay confusión y dificultad para comprender como se puede producir el contagio humano, a pesar de relacionar que tanto la purga como el tratamiento de las achuras son importantes de cumplir.

"...mi mamá murió de hidatidosis hace 19 años...y hace una año que no viene a hacerle la purga al perro...al carnear encontramos las bolsitas de agua en la manta y en el hígado, esas las cocinamos o las quemamos, pero en el campo cuando los hombres carnean, se suelen tirar las achuras crudas a los perros...eso de hervirlas pocos lo hacen...yo no se bien como se transmite la enfermedad de los quistes, digo que es por la verdura..."

(Mujer, 53 años, criancera mapuche de Carri Lil, Alumine)

La gente joven que ha recibido información en la escuela, sabe que hay que tratar al perro sin tener claro los motivos ni que puede prevenir.

"...yo escuche hablar de la hidatidosis en la escuela, es por el perro que te la puedes agarrar...tenemos 8 perros y la mitad está en el campo...no sabemos para que es la pasilla para el perro pero sabemos que es para tratarlo...se la damos todos los meses..."

(Mujeres de 24 y 26 años, crianceras y artesanas, mapuches de Loncoluan, Alumine)

Es interesante escuchar como algunos líderes de las Comunidades Mapuches, reclaman participación para encarar el tema junto a los equipos de Salud.

"...La hidatidosis fue un planteo que siempre vino desde salud, pero muy pocas veces pudimos acordar el tema con los médicos del hospital..."

(Hombre, 45 años, criancero y Ex Lonco de Carri Li, Alumine)

Conclusiones:

En este apartado se ha tratado de presentar cómo se está trabajando en las actividades del programa desde diferentes sectores en las áreas rurales. Parece evidente, el deterioro sufrido desde el sector salud respecto a esta zoonosis.

Los criterios de trabajo son dispares, la información obtenida no parece ser confiable y representar la magnitud del problema tanto desde la salud humana como desde la salud animal. Los testimonios de los trabajadores de salud y otras instituciones del Estado como la de los propios pobladores, dan cuenta de la heterogeneidad y los diferentes grados de cumplimiento.

Hay localidades que lograron sostener mínimamente el trabajo e incluso aportaron estrategias renovadas para sensibilizar y difundir información, como los videos elaborados por los equipos de salud de los hospitales de Andacollo y Alumine, o los folletos generados por promotores y agentes sanitarios de la Comunidad Mapuche de Carri Lil.

Si bien la contaminación del ambiente con el parásito puede extenderse a cualquier morador, hay diferentes grados de exposición a la enfermedad y también diferentes posibilidades para disminuir sus riesgos.

La vulnerabilidad en los crianceros que tienen prácticas de subsistencia no es igual a la vulnerabilidad de los otros grupos.

Es notorio, desde los relatos, el deterioro que ha sufrido la presencia de los equipos de Salud en el área rural, con falta de agentes sanitarios, movilidad adecuada, discontinuidad de las acciones, disparidad de criterios sobre la enfermedad.

Aún se escuchan los reclamos sobre las actividades llevadas adelante por el programa cuando fue su época de mayor éxito, en la cual se lograba continuidad de las desparasitaciones y se registraba un mayor intercambio con la gente y la periodicidad de las visitas.

Los mensajes de prevención y control se mantienen parcialmente pero con el eje puesto en la distribución del antiparasitario.

Persisten aún las dificultades en: la comprensión de la enfermedad, la importancia del tratamiento canino y el cumplimiento de las medidas que hacen a los cambios sanitarios propuestos en relación a la faena domiciliaria.

Por otro lado, la sanidad animal es una necesidad cuando se habla de ganado y en general está asumida desde el saber veterinario; la sanidad canina en cambio, parece ser por momentos terreno del sector salud, otras parece no ser terreno de nadie.

Hoy en día hay familias que siguen enfermando y la aparición de menores afectados, la presencia de parasitosis canina y la constancia de algunos veterinarios de la presencia de quistes en animales de faena desde los mataderos, habla de la presencia actual del ciclo del parásito en el área rural.

Como se ha podido observar, hubo situaciones concretas en que los contenidos de los mensajes de prevención, o la forma en que fueron transmitidos, pusieron énfasis en la responsabilidad individual de jefes de familia para la adopción de hábitos considerados desde el sector salud como más saludable. Esos mensajes pudieron traer aparejados sentimientos de culpa ante la aparición de un enfermo en la familia y esa vivencia a su vez podría ser limitante para la incorporación de las medidas sanitarias protectoras.

Éste debería ser un aspecto a considerar y estudiar mejor dada la presencia de familias que repiten la enfermedad entre sus miembros y en diferentes generaciones. Tanto hombres como mujeres buscan otras explicaciones que no entren en conflicto con sus modos de vida. En algunas de estas familias puede ser que existan otros problemas subyacentes relacionados a la salud. Los sentimientos de culpa y el temor pueden generar resistencias importantes.

Deben evaluarse las estrategias que se proponen de un modo más participativo e integral, incluyendo esta zoonosis como uno de los problemas que necesitan ser nuevamente encarados. Es probable que se puedan visualizar otros abordajes si se incluyen otras miradas.

Capítulo 7: Conclusiones finales

A lo largo del texto, se ha tratado de desarrollar la historia social de la hidatidosis como problema de salud en la Provincia de Neuquén, durante un período que abarca desde 1970, cuando se da inicio a un programa sanitarios específico para su control y prevención, hasta el año 2005.

Desde la investigación se intentó dar respuesta a las preguntas iniciales relacionadas a: 1) los hechos que permitieron visualizarla como problema de salud; 2) las políticas sanitarias que se desencadenaron, 3) a las condiciones socio productivas y político sanitarias que favorecen su persistencia

El eje ordenador del trabajo fue el programa de salud desarrollado para su prevención y control.

Por un lado, se presentó la heterogeneidad territorial y social de la población más expuesta a esta parasitosis y su relación con modos productivos y concepciones y condiciones de vida, inequidades sociales resultantes y pautas socioculturales transgeneracionales. Esta constelación de aspectos vivenciales condiciona en parte la distribución diferenciada del riesgo de enfermar de hidatidosis. (Capítulos 1 y 6)

Por otro lado, la influencia que el contexto general y particular político económico, productivo e institucional, produjo en la forma en que se pensaron, programaron e implementaron las actividades de dicho programa, las cuales no siempre estuvieron guiadas por la evolución epidemiológica de la enfermedad. (Capítulos 2, 3, 4, 5)

En el desarrollo se ha observado lo siguiente ordenando las conclusiones relacionadas a las preguntas iniciales.

Desde los paradigmas científicos y sanitarios condicionan los modos teóricos y prácticos la visualización de ciertas enfermedades y su manera de comprenderlas y tratarlas.

1- el rol de las decisiones político sanitarias parecen responder más adecuadamente a las políticas económicas que a sus propios discursos e intencionalidades.

2- la evolución de las organizaciones/instituciones sanitarias son parte constitutiva de la trama social y su legitimidad facilita la participación en el disciplinamiento social y la implementación de políticas inclusivas/no inclusivas;

3- las decisiones socioeconómicas también producen cambios en las actividades y desarrollos productivos transformadores de la estructura y relaciones sociales

4- los grupos humanos "destinatarios" de dichas políticas, a su vez componen la trama de producción y reproducción social, como también de la transformación en una dimensión diferente, la de la cotidianeidad.

Recorriendo la historia del emblemático Programa, luego de un reconocimiento político sanitario de la enfermedad en la provincia, se pudo tener ideas más acabadas de cómo fueron gestándose y evolucionando las políticas sanitarias y el rol del Estado provincial en Neuquén.

Dicho programa, debido a la continuidad lograda y al éxito que ha sostenido en los primeros 15 años de funcionamiento, se correspondió con las características

propias de las políticas de salud de aquella época, programas verticales, muy centralizados en un Estado que adoptó políticas de Bienestar. Se contaba con fuerte apoyo político, intersectorial y con recursos económicos que le dieron la posibilidad de mantener una coherencia interna y externa, contar con recursos humanos adecuadamente capacitados, movilidad y equipamiento.

A medida que se fueron sucediendo las crisis políticas, económicas y sociales, los cambios en la gestión e ideologías en Salud Pública (plasmadas en las propuestas teóricas que pretendieron redefinir el programa en varias oportunidades), han llevado a la adaptación de estrategias locales muy disímiles pero aisladas, permitiendo sostener mínimas condiciones de trabajo en terreno con descentralización de actividades y la incorporación parcial y desarticulada de municipios y comisiones de fomento. Estos fracasos en recrear el programa no se dieron aislados de la desfinanciación del Subsector Público de Salud y de los sucesivos cambios en las prioridades político estatales provinciales.

La apertura a nuevos espacios de acumulación del capital, las privatizaciones de las empresas públicas rentables, los recortes presupuestarios y el corrimiento del Estado en su rol de interventor y regulador, fue contradictorio a los discursos del derecho ciudadano a la protección de la salud, atención privilegiada a los grupos más desprotegidos, acceso universal a los servicios de calidad en la atención de la salud.

Las estrategias de modernización administrativa, sectorización, coordinación intersectorial, descentralización y participación comunitaria estuvieron enfocadas a mejorar la eficacia de servicios y racionalizar el gasto en un contexto de disminución del gasto social.

Así, Atención Primaria de la Salud se tornó clave como encrucijada científica, política, económica, ideológica entre el Estado y la población. Y sus planteos sobre la protección a la salud terminaron desvirtuándose al subordinar las políticas sociales al proyecto de reestructuración económica y privilegiar la lógica neoliberal.

Los problemas centrales generados por las políticas de ajuste, reforma y descentralización se pueden resumir de la siguiente manera:

1. falta de capacidad técnica y financiera desde los servicios estatales locales para asumir de manera integrada las acciones del programa
2. Pérdida de movilidad y atomización de los equipos especializados.
3. rigidez institucional y burocracia estatal que impidieron adoptar los cambios necesarios para agilizar la disponibilidad de recursos locales (movilidad, viáticos, folletería).
4. Insuficientes recursos para garantizar continuidad en la supervisión y acompañamiento técnico a los niveles locales.

Las acciones de promoción, prevención y control quedaron básicamente reducidas a la desparasitación canina a través de la distribución masiva pero irregular del tenicida, sin evaluaciones adecuadas y con diferentes enfoques desde la atención y posibilidades de tratamiento en las personas afectadas.

A esto se agrega la subnotificación de casos que llevó a desconocer la real magnitud del problema; la falta de información sanitaria animal desde los mataderos; y la poca o nula integración intersectorial, generando una mirada parcial de la situación y subestimando el problema.

Fue una constante el proceso de descontextualización y la falta de estrategias comunitarias para su abordaje y empoderamiento de la población; la cual no siempre estuvo subordinada al rol pasivo que los agentes de salud imponían desde

su discurso y actividades. Una manera de resistir o no aceptar esas condiciones fue el no acatamiento de tales propuestas coercitivas.

Incluso dentro de los propios equipos de salud y entre instituciones pareció repetirse similares condiciones de obediencia entre niveles. El trabajo en sí mismo dentro de la institución y fuera de ella, fue dirigido hacia "el otro" y muy pocas veces "con el otro".

Es notable como han sostenido en el tiempo las dificultades en la comunicación y los conflictos de intereses entre equipos de salud convencidos de las medidas y prácticas que desean promover y que parecen atentar con los saberes y prácticas del trabajo de campo que los crianceros vienen reproduciendo generación tras generación.

Parece no haber existido un real intercambio y construcción de conocimiento para el logro de mejoras en la prevención. Lo que se vivencia es más una reproducción de las concepciones biologistas iniciales que desde la mirada científico sanitaria se han llevado a cabo históricamente.

La situación de los grupos sociales rurales ha sido mencionada en las dos primeras etapas del Programa desde las dificultades para la concreción de las acciones de salud; sólo en la tercera etapa el tema se presenta de modo más reflexivo sin lograr pasar a otro plano de la realidad. La puja entre poderes políticos, asignación de prioridades y recursos en salud, el escaso enriquecimiento de saberes y prácticas involucrados, se perciben como resignación al fracaso desde las partes, lo cual condicionan pobreza en las propuestas y logros.

Es necesario reflexionar, en términos analíticos y políticos sobre los cambios producidos en la población y en el sector salud para incorporar las diversas y dinámicas situaciones locales, y la función que como entidad del Estado debe cumplir ante problemas de salud, actual y potenciales, que se presenten.

La evolución epidemiológica y los hallazgos de investigaciones locales indican que se está ante la reemergencia de esta zoonosis no solo a la población rural ganadera de menores recursos sino también en población urbana.

Las evaluaciones caninas realizadas en el año 2008 por la Dirección de Zoonosis y Medio Ambiente de la Provincia del Neuquén, comparando dos métodos diagnósticos: coproantígeno y Arecolina y analizado perro por perro, arrojaron el 10% de infestación equinococica provincial con localidades y parajes del interior que llegan hasta 30% de perros parasitados ⁵⁸.

Esta realidad parece requerir redefiniciones sobre el trabajo comunitario, intersectorial y específicamente desde la definición de políticas sanitarias enmarcadas en generar situaciones de menor inequidad.

Por otro lado, hay espacios construidos por los sujetos que permiten visualizar procesos esperanzadores de cambio. En momentos donde la situación de fragilización de algunos sectores pecuarios y de las instituciones fue muy seria, se produjeron asociaciones civiles que unieron esfuerzos y recursos, generando el compromiso y solidaridad necesarios para mantenerse y progresar, integrándose en mesas campesinas o caprinas.

Como señala Bendini (Bendini y col 2008), la profundización de las medidas económicas de ajuste, empobrecimiento progresivo sobre todo de ciertos sectores rurales y urbanos marginales, la complejidad creciente requiere de respuestas

⁵⁸ Tabla N; Anexo .

diversas y diferenciadas. Tanto en la ideación como en la implementación de políticas de desarrollo como sanitarias, el proceso debería ser inclusivo y más integral.

La evolución de esta parasitosis dependió no sólo de factores biológicos y ambientales, sino también de factores sociales, políticos económicos y sanitarios. Donde los sujetos se integran y construyen transformando, conservando, resistiendo, su contexto y espacio vivencial coproduciendo los determinantes y condicionantes de los procesos que afectan la salud.

Las políticas se efectivizan, concretan con y a través de sujetos y grupos sociales, y hay siempre cierto grado de correspondencia entre lo macrosocial y lo microsociales como procesos construidos históricamente.

Así los sujetos y a través de ellos sus grupos de pertenencia, sus subjetividades han estado siempre presentes, a veces subordinándose a otros; en otros casos resistiendo y también construyendo, resolviendo, oponiendo, sosteniendo.

Incluso desde aquellos grupos poblacionales, destinatarios privilegiados de las acciones del programa, aparentemente pasivos, receptores, de saberes técnicos legitimados y dominantes, no siempre han obedecido, sino que en su mayoría se han resistido a modificar prácticas productivas convirtiéndose en coproductores del contexto.

El enfoque de riesgo ayudó a focalizar y priorizar acciones pero no ayudó a comprender mejor la dinámica de los procesos de salud enfermedad involucrados, como tampoco tener un abordaje más integral, limitando en la práctica, la posibilidad de intervenir y modificar los factores de riesgo específicos que se consideraron clave en el proceso de enfermar.

Incluso cuando su enfoque colaboró en intervenciones co-responsabilizando al individuo en función de propiciar un cambio de hábitos o estilos de vida menos saludables por otros más saludables, esa co-responsabilidad no se acompañó de co-participación.

Los procesos históricos involucrados en transformar o conservar nuestros espacios sociopolíticos, deberían evitar los binomios dominación/subordinación; deber /obediencia. Sería deseable incorporar maneras diferentes y diversas de compartir la construcción de espacios colectivos locales, construir identidades grupales, construir en base a lo posible, como espacios de poder compartidos.

Es el Estado quien se retira deliberadamente del lugar de promotor de políticas sociales y como garante de derechos sociales construidos y adquiridos. Esos espacios aparentemente vacíos, acéfalos, deberían ser conquistados.

Es de destacar el valor que han tenido las entrevistas al permitir el acercamiento al mundo rural pecuario, en el espacio vivencial de los crianceros, sus condiciones de vida y su actividad pastoril. Procesos que forman parte de una identidad colectiva construida históricamente, la cual debería ser contemplada de manera integral, abarcativa y conjunta a la hora de pensar estrategias y modos de intervenir en su realidad cotidiana.

Del mismo modo, rescatar la palabra de aquellos que han pensado y actuado en la ejecución del Programa, concedió un espacio a los sujetos a través del intercambio de experiencias, esfuerzos y significados relacionados con los procesos de trabajo institucionales y sus consecuencias. Espacios fundamentales en el devenir

histórico de los problemas de salud y sus modos de abordaje y que generalmente son olvidados a la hora de repensar propuestas.

Para finalizar y a modo de síntesis se presentan las conclusiones en relación a las preguntas iniciales:

¿Qué condiciones permitieron visualizar la hidatidosis humana como problema de salud?

Se destaca en el trabajo que los problemas de salud son jerarquizados desde saberes y movimientos científicos legitimados social y políticamente e influenciados por los problemas que la realidad insta a resolver y no solo por la existencia de una enfermedad que afecta grupos humanos. Así para Hidatidosis los intereses científicos médico-terapéuticos, veterinarios, microbiológicos se generaron con mayor desarrollo e interés en momentos donde la economía de exportación agropecuaria y la ruralidad eran temas políticos.

¿Qué políticas de salud específicas se desencadenaron desde entonces?

Las políticas de salud se concretaron a través del inicial Programa de Prevención y Control de la Hidatidosis, base de las propuestas posteriores y con énfasis en la desparasitación canina. La propuesta actual correspondiente al último periodo estudiado, resulta ser una síntesis empobrecida del programa inicial cuyo eje es el tratamiento masivo canino con el antiparasitario.

El enfoque de dichas propuestas ha sido básicamente biológico bajo el paradigma del riesgo. Este último enfoque privilegió los grupos de población rural y descuidó la potencial expansión territorial de la enfermedad, advertida en trabajos locales pero desoídos a la hora de actuar. No se logró modificar factores de riesgo identificados desde el inicio del Programa. El análisis los datos epidemiológicos existentes, reflejan más el devenir del Programa que la evolución de la enfermedad en la población.

La evolución de esta parasitosis estuvo sólo condicionada por las características socioculturales y prácticas productivas, o también ejercieron su influencia los cambios en las lógicas sanitarias y definiciones político económicas provinciales?

La evolución de esta parasitosis dependió de una compleja trama social (heterogeneidad territorial, humana y político institucional; con cambios en estructura, relaciones y paradigmas) que excedió a lo biológico, cultural y productivo (aspectos fundamentales a tener en cuenta).

Las influencias de los contextos político económicos han sido decisivas, algunos veces contribuyendo a su implementación como políticas de bienestar, otras dificultando o resquebrajando la estructura y funcionamiento como políticas neoliberales y posneoliberales.

Las lógicas sanitarias en cada etapa (curativista hospitalocéntrica; reformista y post reformista) y los enfoques epidemiológicos (teoría del germen y de riesgo) facilitaron una lectura parcial de la enfermedad (medidas enfocadas al ciclo parasitario y a población criancera proponiendo cambio de hábitos que en realidad implican cambios en prácticas ancestrales) y modos poco integradores a la hora de realizar las intervenciones (no se incorporaron otros saberes como el de los propios crianceros y el de otros campos disciplinares).

¿Cómo se explica su persistencia?

Las prácticas culturales y productivas de los crianceros, parte de su identidad colectiva, favorecen la persistencia y extensión de la enfermedad a través de sus unidades productivas familiares como también desde los flujos migratorios. No se han encontrado antecedentes de un abordaje integral y participativo. Las medidas de control se hicieron costosas y difíciles de sostener desde la implementación de políticas neoliberales.

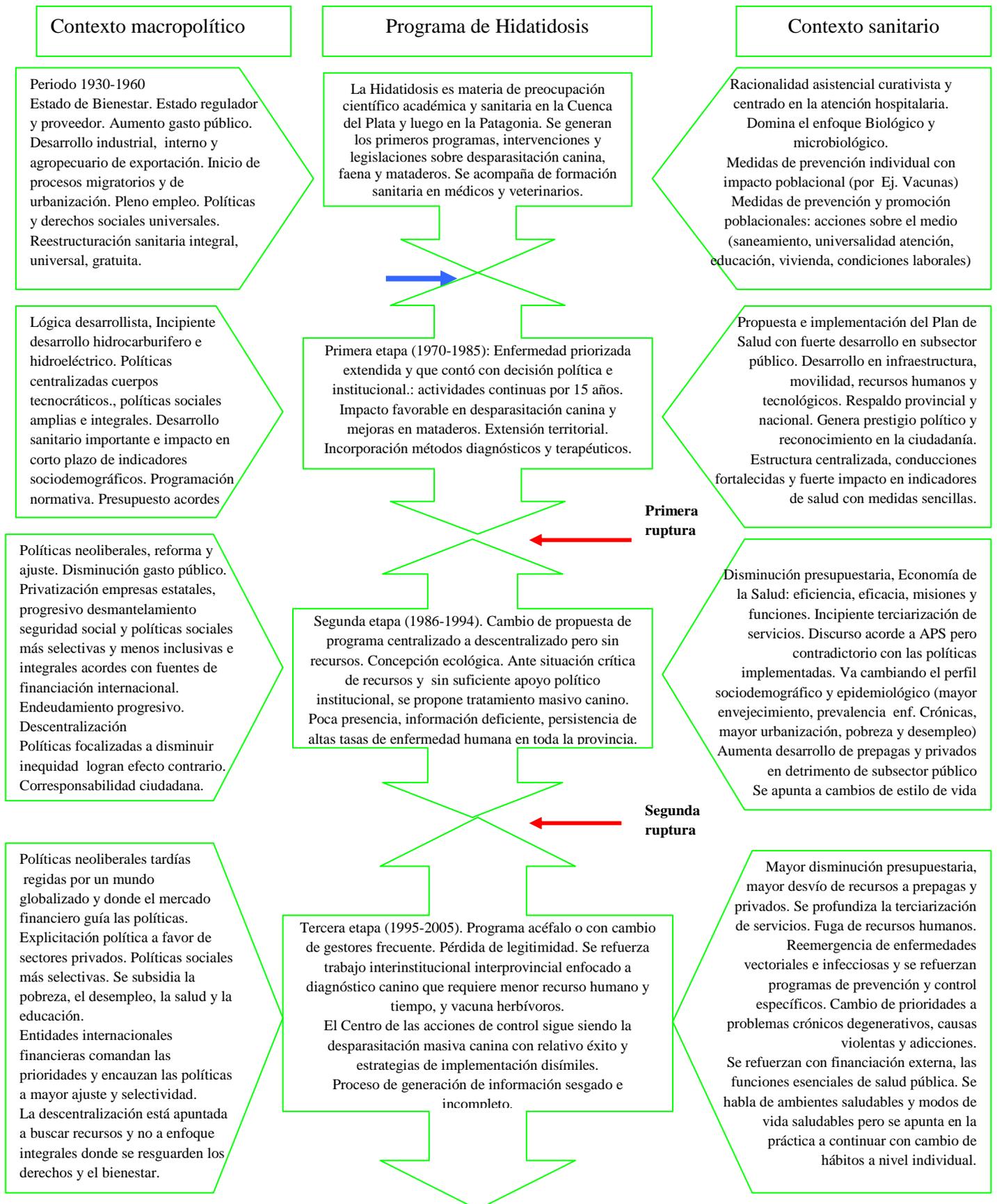
Por otro lado, la Hidatidosis a partir de la segunda etapa del programa, dejó de ser un problema de salud prioritario y el programa fue perdiendo legitimidad, credibilidad y apoyo político institucional. Su desarticulación y hasta interrupción generó suspensión e irregularidad en la desparasitación canina (fuerte del programa).

Hubo, durante el periodo de tiempo estudiado, dificultades en la incorporación de otras miradas y abordajes (sociología rural, antropología, interculturalidad por nombrar algunos). Estas limitaciones se consideran contribuyente en el sostenimiento de estrategias de prevención biológicas e individualistas (las cuales tuvieron su grado de efectividad al inicio y final del periodo) no incorporaron a los crianceros como actores sociales, coproductores y transformadores de su propia realidad.

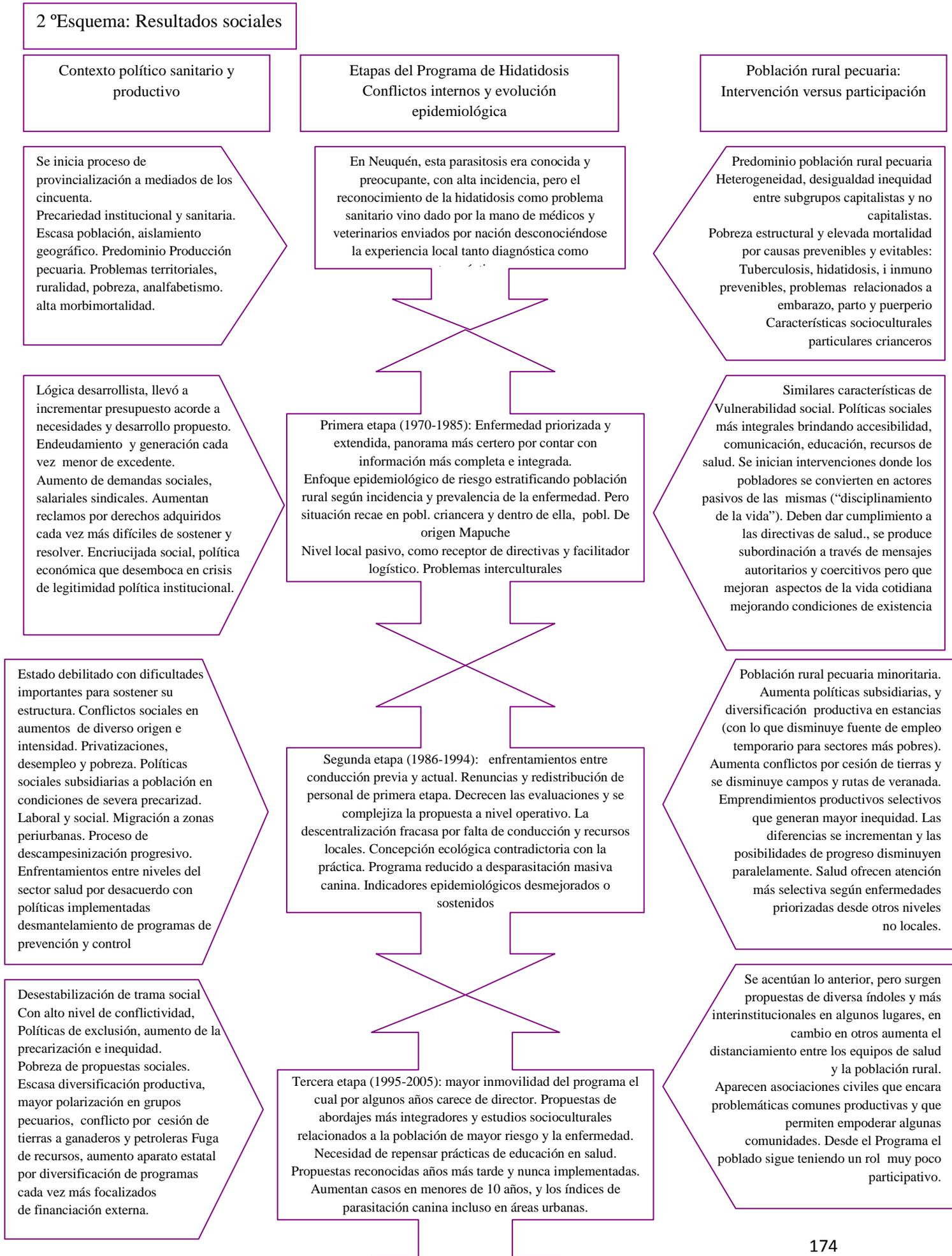
Estas dificultades pueden ser parte del no acatamiento, resistencia e indiferencia a las medidas propuestas.

Cuadros de síntesis

1º Esquema: Correspondencia



2 °Esquema: Resultados sociales



Bibliografía

Bibliografía Consultada

- Alamo, R 1997, *Programa de control de Castilla y León, España. indicadores de evaluación*. Universidad de Zaragoza. Asociación Internacional de Hidatología. Noticias sobre hidatidosis. Vol. 15 Acceso oct. 2006 de http://wzar.unizar.es/hidatidosis/noticias/15/15_3.html
- Aliaga F., Oberg C. 2000, *Epidemiología de la hidatidosis humana en la IX región de la Araucanía, Chile. 1991-1998*. En *Bol. Chileno de parasitología*. Vol. 55 (3-4), p. 54-58. Acceso jun. 2007, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365
- Almeida Filho N., Silva Paim, J. 1999. La crisis de la salud pública y el movimiento de salud colectiva en Latiniamérica. Cuadernos médicos sociales 75. <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-010.pdf> (marzo 2010)
- Almeida Filho N. 2000, *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. 1º ed., Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Almeida Filho, N; Rouquayrol, Maria Z., 2008. Introducción a la Epidemiología. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Armus D 2005a, "El viaje al centro. Tisicas, Costureritas y Milongueras en Buenos Aires, 1910-1940" en Spinelli H. (ed.), *Rev. Salud Colectiva (ed.)*, Vol.1 (1), Centro de Estudios para la Salud. Y UNLa, Buenos Aires.
- Armus D. 2005b, "Historia de enfermos tuberculosos que protestan. Argentina, 1920-1940" en *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970(ed.)*. Ed. Lugar, Buenos Aires
- Armus D 2007, "Un médico higienista buscando ordenar el mundo urbano" en *Salud Colectiva (ed.)* Vol.3 (1). Centro de Estudios para la Salud y UNLa, Buenos Aires.
- Aróstegui J.1995, *La investigación histórica: teoría y método*. Editorial Crítica, (1º ed. para España y América), La Plata.
- Atria, L; Siles, M. (Comp). 2003 *Capital Social y reducciò de la Pobreza en Amèrica latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*. CEPAL.Michigan State University. Social Capital Initiative, United Nations. Economic Commission for Latin America and the Caribbean. Chile
- Ayres J. 2005, *Acerca del riesgo. Para comprender la Epidemiología*. Ed. Lugar (1º ed.), Buenos Aires.
- Bandieri S. 1982, *Síntesis geoeconómica general de la provincia*. Tesis de la licenciatura en ciencias agrarias. Material no publicado, de consulta en la Universidad Nacional del Comahue (UNC).
- Bandieri S., Favaro O., Morinelli M. 1993, *Historia de Neuquén*. Colección: Hospitira de Nuestras Provincias. (1º ed.). Ed. Plus Ultra, Buenos Aires.
- Bauer, M.; Gaskell, G (Ed), 2002. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis, RJ: Vozes. Brasil.
- Barreto, M. L. 1998. Por uma epidemiologia da saúde coletiva. *Rev. bras. epidemiol.* [online].Consulta 6 febrero 2010, vol.1, n.2, pp. 123-125. ISSN 1415-790X.
- Belmartino S. 1999, *Nuevas reglas de Juego para la atención médica en la Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Ed. Lugar (1º ed.), Buenos Aires.
- Belmartino S., Blosch C., Báscolo E. 2003, *Reforma de la Atención médica en escenarios locales. 1990-2000*. Ed. Lugar (1º ed.), Buenos Aires.
- Belmartino S. 2004, "Una década de cambios en la organización en la seguridad social médica ¿reconversión o reforma?" en Spinelli H. (Comp.) *Cultura, Instituciones y Subjetividad; epidemiología, Gestión y políticas*". Ed. Lugar (1º ed.), Buenos Aires.

- Belmartino, S 2005, "Una década de reforma de la Atención Médica en Argentina" en Spinelli, H (ed.) *Rev. Salud Colectiva*, Vol. 1 (2). Centro de Estudios para la Salud y UNLa, Buenos Aires.
- Belmartino S. 2007, "Coyuntura crítica y cambio institucional en salud" en *Rev. Salud Colectiva*, Vol. 3 (2). Estudios para la Salud y UNLa Buenos Aires.
- Bendini M., y col. 1993, *Campesinado y ganadería trashumante en Neuquén*. Grupo de Estudios Sociales Agrarios (GESA). UNC. Ed. La Colmena. (2º ed.) Neuquén
- Bendini M., Tsakomagkos J., Nogues C. 2004, *Crianceros y chacareros en la Patagonia*. Cuaderno N°5 GESA, UNC. (1º ed.). Ed. La Colmena, Neuquén.
- Bendini M., Tsakoumagkos P., Pescio C. y Nogues C. 2002, *Los trashumantes en Neuquén*, GESA. Dpto. de Ciencias Políticas y Sociales. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Ed. UNC, Neuquén.
- Biagini H. 2007, "América Latina continente enfermo" en Vallejos G., Miranda M. (Comp.), *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Biernat C. 2007, "Médicos, especialistas, políticos y funcionarios en la organización centralizada de la profilaxis de las enfermedades venéreas en la Argentina (1930-1954)" en *Anuario de Estudios Americanos*, Vol. 64 (1) Sevilla
- Breilh J. 2003, *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Cabrera P. s/fecha, *Presentación de la Hidatidosis en la Región Sudamericana*. Dpto. de Parasitología Facultad de Veterinaria. Universidad de la República. Montevideo. Acceso nov. 2007 en http://www.panaftosa.org.br/Comp/Zoonoses/Hidati/doc/Hidatidosis_sudamer.r.doc
- Calero E., Estares D., Morales L. 2003, "Prevalencia y factores de riesgo de hidatidosis en población general del distrito de Ninacaca-Pasco, Perú 2001" en *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Acceso jul. 2006 ISSN 1025 - 5583 Vol. 64, (1), p. 34: 42. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a06v64n1.pdf>
- Carbonetti A., González Leandri R (ed.). 2008, *Historias de salud y enfermedad en América Latina*. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. CONICET, Córdoba.
- Cardoso C., Pérez Brignoli H. 1984, *Los Métodos de la historia. Introducción a los problemas, métodos y técnicas de la historia demográfica, económica y social*. Grupo editorial Grijalbo, Barcelona.
- Carrara S. 2005, "Estrategias anticoloniales: sífilis, raza e identidad nacional en Brasil de entreguerras" en *Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Carrillo R. 2006, *Política sanitaria argentina. Textos seleccionados*. Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Educación Ciencia y Tecnología de la Nación. Unidad de Programas Especiales. Buenos Aires.
- Castel R. 1991, *La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión*, en *El espacio institucional*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Castiel L. 2006, *Dédalos y dédalos: identidad cultura, subjetividad y los riesgos para la salud*. Promoción de la Salud. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Castro Quilodran, T, 2004. Prevalencia de hidatidosis en bovinos faenados durante el año 2003 en el frigorífico de Temuco S.A. y su impacto en la salud humana, IX Región. Tesis de grado de la licenciatura en medicina veterinaria. Universidad católica de Temuco, Chile. Disponible en <http://biblioteca.uct.cl/tesis/tatiana-castro/tesis.pdf>, 13 febrero 2010.
- Código Internacional de Enfermedades (CIE) 9ª y 10ª edición. OMS.
- Czeresnia D., De Freitas C. 2003, *Promoción de la Salud: Conceptos, reflexiones, tendencias*. Ed. Lugar, Buenos Aires.

- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Acceso jun. 2006 en http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Denegri G., Elissondo M., Dopchiz M (ed.) 2002, *Situación de la hidatidosis-Equinococosis en la República Argentina*. Ed. Martín, Mar del Plata.
- De Souza Minayo M, Deslandes S., Neto O., Gomes R. 2004, *Investigación Social: teoría, método y creatividad*. Ed. Lugar, Buenos Aires
- De Souza Minayo M.C., Goncalves De Assis S., Ramos De Souza E. 2005, *Evaluación por triangulación de métodos. Abordaje de Programas Sociales*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- De Souza Minayo M.C. 2004, *El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud*. Edición en portugués: HUCITEC-ABRASCO (San Pablo); Edición en español Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Di Liscia M.S. 2007, "Los bordes y límites de la eugenesia, donde caen las "razas superiores" (Argentina, primera mitad del siglo XX)", en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Di Liscia M.S., Bohoslavsky. (Ed.) 2005, *Instituciones y formas de control social en América Latina. (1840-1940). Una revisión*. UNGS y UNLDP. Ed. Prometeo Libros, Buenos Aires.
- Di Liscia M.; Salto G. (Ed.) 2004. *Higienismo, educación y discurso en la Argentina (1870-1940)*. Ed. De la Universidad Nacional de La Pampa.
- Gösta, Esping-Andersen, G. 2000. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona, Ariel.
- Favaro, Masés, Ozonas (Comp.) 1993, *Estado; Capital y Régimen Político. Neuquén: Límites estructurales de una estrategia de distribución (1958-1980)*. Ed. El espejo, Neuquén.
- Forni, F; Gallart, M.; Vasilachis de Gialdino, I.1993. *Métodos Cualitativos II: la práctica de la investigación*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Galeano D. 2007, "Mens Sana in Corpore Sano: José M Ramos Mejía y la Medicalización de la Sociedad Argentina" en Spinelli H (ed.) *Rev. Salud Colectiva*, Vol. 3 (2), p.133:143. Centro de Estudios para la Salud y UNLa, Buenos Aires
- García A., Mas G. s/fecha, *Sistema de salud en Neuquén e imaginario social: la fractura a partir de la posesión de diferentes capitales culturales*. Ponencia. Facultad de Ciencias de la Educación. IVº Congreso Nacional y IIº Internacional de Investigación Educativa. UNC. Neuquén
- Gómez Betancor M. 2007, "Eugenesia y medio ambiente: la importancia de los espacios abiertos en el entorno urbano para el desarrollo físico y psíquico del niño", en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- González J., Peralta J., González G., Sbaffo A., Bessone A., Chassagnade M., Ugnia L., Weyers O., Esposito N. y col. 1998, "Equinocosis canina en un sector del Departamento de Río Cuarto, Provincia de Córdoba, Argentina" en *Arch. Medicina Veterinaria*. Vol. 30 (2) p.157-163, Valdivia. Acceso jul. 2007 http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0301-
- González Leandri R., Carbonetti A. 2008, "La historia de la salud y la enfermedad en Brasil y Argentina. Estudios de caso y nuevas perspectivas", en Carbonetti A, González-Leandri R (ed.) *Historias de salud y enfermedad en América Latina siglos XIX y XX*. CEA, UNC., Córdoba.
- Gösta, E. A. 1998. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona (reedición 2000)
- Goulart, F 1999. Cenários Epidemiológicos, Demográficos e Institucionais para os modelos de atenção à Saúde. *Inf. Epidemiol. Sus.* [online], vol.8, no.2 [citado 06 Febrero 2010], p.17-26. Disponible en la World Wide Web:

- <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0104-1673.
- Guarnera E., Larrieu E., Coltorti E., Perez A., Cantoni G., Alvarez J., Giménez N. 1993, "Participación comunitaria y tecnología en el diagnóstico precoz de la hidatidosis humana" en *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo* vol.35 (6), p. 491:494. São Paulo doi: 10.1590/S0036-46651993000600003, acceso abril 2008.
 - Guarnera, E., 2009. Hidatidosis en la Argentina. Caga de enfermedad. INEI, ANLIS "Dr. C.G. Malbrán"- Ministerio de Salud de la Nación. OPS, Proyecto CONO SUR. Vigilancia y Control de Hidatidosis.
 - Habib Brigilia P. 2007, "Saneamiento, eugenesia y literatura: Los caminos entrecruzados de Renato Kehl y Monteiro Lobato (1914.1926) en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.)
 - Harris, D.1990. La justificación del Estado de Bienestar. Instituto de estudios Fiscales., Madrid.
 - Hobsbawm, Eric, 1983. "De la historia social a la historia de las sociedades", en *Marxismo e Historia social*, México, Universidad Autónoma de México.
 - Huertas, R.1998, Neoliberalismo y Políticas de Salud. El viejo Topo.
 - Iradebra P., Roig C. 2007, *Estimación del impacto económico de la equinococosis quística en el Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile y Uruguay)*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Oficina Regional para América Latina y el Caribe. FAO/ RLC
 - Jensen O., Sánchez P., Thevenet E., Fernández R., Fernández G., Martínez J., Lopardo M., Mosello A., Sandoval M., Lightowlers D. 2007, *La vacuna EG95 para prevenir hidatidosis* .Comunicación libre. XXIV Jornadas Argentinas de Hidatidosis.
 - Jensen O., Sánchez Thevenet P., Fernández E., Fernández R., et col. 2006, *La vacuna EG95, diez años después*. Simposio Hidatidosis. Red de Helmintología para América Latina y el Caribe. Acceso nov. 2008 <http://cnia.inta.gov.ar/helminto/pdf%20hidatidosis/simposio.htm>.
 - Joutard, Philippe.1999 Esas voces que nos llegan del pasado. Fondo de cultura económica de Argentina. Sección Obras de Historia. Buenos Aires, (2ª Ed.)
 - Katz, J.1993. El sector Salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento. Fondo de Cultura Económica/Serie Economía, Buenos Aires.
 - Kohl A. 2006, *Higienismo argentino. Historia de una utopía. La Salud en el imaginario colectivo de una época*. Ed. Dumken, Buenos Aires.
 - Kropf S. 2008, "En busca de la enfermedad en Brasil: Los médicos del interior y los estudios sobre el mal de Chagas (1935-1956)" en Carbonetti A, González-Leandri R (ed.) *Historias de Salud y Enfermedad en América Latina. Siglos XIX y XX*. CEA, UNC., Córdoba
 - Kropf S; Azevedo N., Ferreira L. 2005, "La Construcción de la enfermedad de Chagas como problemática médico social en Brasil (1909-1950)" en *Avatares de la medicalización en América Latina (1870-1970)*. Ed. Lugar. Buenos Aires.
 - Kamenestzky L., Canova S., Guarnera E., Rosenzvit A. 2000, *Echinococcus granulosus: DNA Extraction from germinal layers allows strain determination in fertile and nonfertile Hydatid Cysts*. *Rev. Experimental Parasitology* Vol.95, p. 122:127
 - Kuhn, T.S. 1989. ¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos. PAIDOS. UAB. Pp 59 a 153. Barcelona
 - Lamberti R., Calvo C., Pombar A., Gino L., Alvarez A., Aguado C y Larrieu E. 1999, *Hidatidosis en la provincia de La Pampa, Argentina, 1998*. *Bol. Chileno de Parasitología*. Vol. 54 (3-4), p. 110-112. Acceso marzo 2007, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-9402.(ISSN 0365-9402).

- Larrie, E et al. 2000, *Control program of hydatid disease in the province of Río Negro Argentina.: 1980-1997*. Bol. chil. parasitol. [online, acceso, nov. 2006], Vol. 55, (3-4), p. 49-53. ISSN 0365-9402
- Last J.M. 1989, *Diccionario de epidemiología*. (2ª ed.) Serie Salud Pública. Ed. Salvat. Barcelona
- Larrieu E., Belloto A., Arambulo III P. et al. 2004, *Equinocosis quística: epidemiología y control en América del Sur*. Parasitol. Latinoam, Vol.59 (1-2), p.82:89. Acceso setiembre 2008. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-7712. ISSN 0717-7712.
- Ley Provincial Nº 1358, Decreto reglamentario 1530, Neuquén 13 de abril de 1982.
- Ley Provincial Nº 2128. Fondo Complementario de Asistencia Ocupacional. 11 de Agosto 1995.
- Liascovich R., Massarini A., 2007, "*Determinismo genético y Salud Pública. La genetización de la epidemiología*" en Políticas del cuerpo: Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad (1º ed.) Buenos Aires, Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Lightowlers M.W., Jensen O., Fernandez E., Iriarte J.A., Woollard D.J., Gauci C.G., Jenkins D.J., Heath D.D. (1999) "*Vaccination trials in Australia and Argentina confirm the effectiveness of the EG95 hydatid vaccine in sheep*". International Journal of parasitology. Vol. 29 (4) p. 531:534. Acceso setiembre 2008 <http://www.sciencedirect.com/science/journal/00207519>
- Lightowlers M., Flisser A., Gauci C., Heath D., Jensen and Rolfe R. 2000, *Vaccination Against Cisticercosis and Hydatid Disease*. Reviews Parasitology Today, Vol. 16 (5), p. 191:196
- Malosetti Costa L. 2005, *Buenos Aires 1971: imagen de la fiebre civilizada. Avatares de la medicalización en América latina 1870-1970*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Martín W., Bauer e George Gaskell (ed.) 2002, *Pesquisa qualitativa com. texto, imagen e som. Um manual prático*. Câmara Brasileira do Livro, SP. Brasil.
- Martínez Navarro F. y col. 2004, *Vigilancia epidemiológica*. Proyecto 2004 Cuadernos de Revisión, EPISAME Mc Graw Hill Interamericana. Cap. 5 y 6
- Masés E. (Comp.) 2000, *1990-2000 Historia Social*. Ed. Grupo de Estudios Historia Social (G.E.Hi.So), Neuquén
- Mases, E. Rafart, G. Lvovich, D; Quintar, J. 1998. El mundo del trabajo en Neuquén 1930/1970. UNC. Serie Investigación. Ed. Educo, Neuquén.
- Miranda M. 2007, "*Doxa, eugenesia y derecho en la Argentina de posguerra (1949-1957) en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI, Buenos Aires.
- Moreyra, B. La historia social más allá del giro cultural: algunas reflexiones. Interpretaciones. Rev. de Historiografía y Ciencias Sociales de la Argentina. Nº 1, 2do. Sem. 2006.(Consulta 14 de febrero 2010) Disponible en <http://www.historiografia-arg.org.ar/revista%20interpretaciones/Art%EDculo%20Moreyra.pdf>
- Morin E. 2005, *Introducción al pensamiento complejo*. Ed. Gedisa, Buenos Aires.
- Moss W., Portelli A y col. 1991, *La historia oral*. Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.
- Núñez E., Calero D., Estares L., Morales A. 2003, *Prevalencia y factores de riesgo de hidatidosis en población general del distrito de Ninacaca-Pasco, Perú 2001*. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 64, p. 34:42. Acceso nov. 2006 <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v64n1/a06v64n1.pdf>
- Offe, C.1990. Contradicciones en el Estado del bienestar. Ed. Alianza, Madrid.

- Oliveira, M. A. y Egry, E, 2000. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Rev. esc. enferm. USP* [online], vol.34, n.1, pp. 9-15. ISSN 0080-6234. Consultado 1 de febrero 2010.
- Pérez Amuchástegui A.J. 1979, *Algo más sobre la historia: Teoría y metodología de la Investigación histórica*. Ed. Ábaco, Buenos Aires.
- Pico, Josep. 1990. Teorías sobre el Estado del Bienestar. Siglo Veintiuno de España Editores S.A., Madrid. Pierangeli N., et al. 2007. *Heterogeneous distribution of human cystic echinococcosis after a long-term control program in Neuquén, Patagonia Argentina*. *Parasitology International* Vol 56 (2) p. 149:155. Acceso nov. 2007 http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6TB7-4MWPSRC-
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de desarrollo del Milenio-ODM. Setiembre 2000. Acceso marzo 2010. <http://www.ondp.org/spanish/mdg/basic.shtml>
- Rafart, C.G. 2001. Estado de Bienestar, Estado neoliberal. Serie "Sociedad, Política e historia". Cuad. 1 UNC. G.E.Hi.So. PubliFadec.
- Romero, L 2008. Sociedad democrática y política democrática en la Argentina del siglo XX. Universidad Nacional de Quilmes Ediciones. Buenos Aires.
- Samaja J. 2004, *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Ed. Lugar, Buenos Aires.
- Samaja J. 2005, *Epistemología y metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Ed. Eudeba, Buenos Aires.
- Sapag, F. 1989. El desafío. Fundaneu, Neuquén
- Schenone H., Contreras M., Salinas P., Sandoval L., Saavedra T., Rojas A. 1999, *Hidatidosis humana en Chile. Seroprevalencia y estimación del número de personas infectadas*. *Bol. Chileno de parasitología*. Vol.54 (3-4), p. 70-73. ISSN 0365-9402 Acceso marzo 2008. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-9402(199903)54(3-4)70-73)
- Schenone, H., Rojas, A., Villaroel, F., Schenone, H. Jr. 1987, *Algunos Aspectos de la epidemiología de la hidatidosis humana y animal en Chile, con especial referencia al decenio 1975-1984*. *Bol. Chil. Parasitol.* Vol.42: 49-58.
- Silva Aycaguer L.C. 1997, *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Díaz de Santos, Buenos Aires.
- Taranda D., Masés E., & Bonifacio 2007, *La protesta social en Neuquén , viejas y nuevas formas*. Ed. UNC, Neuquén
- Taranta D., Perren J., Masés E., Gallucci L., Casullo F. 2008, *Silencio, hospital Una historia de la salud pública en Neuquén*. Ed. UNC Educo. Neuquén
- Taylor, S.J.; Bogdan, R.1990. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós estudio/Básica. Buenos Aires.
- Thompson, P. 2003/2004. Historia, memoria y pasado reciente. *Historia oral y contemporaneidad*. Escuela de historia de la Universidad nacional de Rosario. Anuario N° 20. Homo Sapiens ediciones.
- Thompson R., Eckert J. 1997, *Intraspecific variation of Echinococcus granulosus and related species with emphasis on their infectivity to humans*. *Acta Trópica* Vol.64 p. 19:34
- Tobar, F. s/fecha. Paradigmas Sanitarios. (online, consulta 6 febrero 2010) <http://www.federicotobar.com.ar/pdf/Gestionensalud/Paradigmas-sanitarios.pdf>
- Tunes, A. L. 2009. La hidatidosis como problema de Salud Pública: una mirada histórica. Sindicato médico de Uruguay. Disponible en: www.smr.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/hidatidosis.pdf. 10 de febrero 2010.
- Urquía M. 2006, *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología*. Ediciones de la UNL, Buenos Aires.
- Valobra A. 2007, *Un desafío a la justicia social peronista: la hidatidosis en la provincia de Buenos Aires, 1946-1952*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*

- Vol.14 (4), p..1357-1375. ISSN 0104-5970. Acceso marzo 2009, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702007000400014&script=sci_arttext
- Vallejos G. 2007, "Cuerpo y representación: la imagen del hombre en la eugenesia latina" en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.
 - Vallejos G. 2007, "Cuerpo y representación: la imagen del hombre en la eugenesia latina" en Vallejos G., Miranda M. (Comp.) *Políticas del cuerpo. Estrategias modernas de normalización del individuo y la sociedad*. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.
 - Vasilachis de Gialdino, I.,1993. Métodos cualitativos I: los problemas teórico-epistemológicos. Centro Editorial de América Latina. Buenos Aires.
 - Winslow C.E.A. 1997. The Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaign. En: Arroyo H, Cerqueira MT, ed. *La Promoción de Salud y la Educación para la salud en América Latina*. San Juan: Universidad de Puerto Rico.
 - Yarzaba L. 2004, *Evolución histórica de las estrategias de control de la equinococosis quística*. Instituto latinoamericano de Educación para el Desarrollo (ILAEDES), p.7 San Juan, Puerto Rico. Acceso marzo 2009. <http://www.bvsops.org.uy/pdf/equinoc.pdf>.
 - Zanini F., Bitsch A. 1999, *Perspectivas de erradicación de la hidatidosis en Tierra del Fuego, Argentina*. Arch Int Hidatid._Vol. 33 (19-23).
 - Zemon Davis, N. y Cruzet, D. 2006. *Pasión por la historia*. Universidad de Valencia, Valencia

Fuentes primarias documentales

- Bergagna H. 2001, *Informe sobre Evaluación de la contaminación por Equinococcus granulosus, con coproantígeno en calles y espacios públicos de la ciudad de Neuquén*. Neuquén
- Brusoni C., 2006, *Evaluación de la contaminación por Equinococcus granulosus, con coproantígeno en calles y espacios públicos de la ciudad de San Martín de los Andes*.
- Cala Lesina A., Della Cha L., Giménez J. 2000, *Hidatidosis. Problema de Salud Endémico en la Región*. Cátedra de APS II, Carrera de Medicina, UNC y Dirección de Zoonosis. Subsecretaría de Salud (SSS). Pcia del Neuquén.
- de Zabaleta O., Losada C., Galardi M., Zabert E., Giménez J. y col. (1970-1985, *Programa de estudio y lucha contra la hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén (p. 5)
- Díaz M. 1998, *Informe estadístico 1998 del Programa de prevención de la hidatidosis*. Departamento de Zoonosis. Dirección General de Información y Programas. Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Acciones sobre el Medio 2000, *Plan Provincial para el Control de la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección Gral. de Programas de Salud y Dirección de Acciones sobre el Medio 1992, *Comentario sobre las acciones realizadas en la provincia para el control de la hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén
- Dirección Provincial en Servicios de Salud Dirección General de Acciones de Salud 1993, *Comentarios de las acciones para el control de la hidatidosis*. Subsecretaria de Salud. Pcia del Neuquén
- Dirección Provincial .Servicios de Salud Dirección General de Acciones de Salud 1994, *Comentario de las acciones realizadas para el control de la hidatidosis*_Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis, 1971, *Evaluación del primer año de tareas*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.

- Dirección de Zoonosis 1972, *Evaluación de actividades del Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén. p. 122-126
- Dirección de Zoonosis 1973, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1974, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1975, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1976, *Evaluación de tareas efectuadas en el sexto años de labor- Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud . Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1977, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1978, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1979, *Evaluación de tareas Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Dirección de Zoonosis 1985, *Evaluación de 15 años del Programa Integral de estudio y Lucha Contra la Hidatidosis.1970-1985*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Elder M. 2007, *Transición Epidemiológica en la Provincia de Neuquén*. Dirección de Epidemiología. Subsecretaría de Salud. Pcia del Neuquén.
- Godoy T., Valdemarín G., Grunman J., Díaz M., Cavazza R., González W., Vottero A., Saavedra C., Brusoni C. 1995, *Programa provincial de hidatidosis- proyecto*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social y Salud Pcia del Neuquén
- Instituto Dr. C. Malbrán 2001, *Informes sobre estudio de cepas de Echinococcus granulosus en huéspedes intermediarios y definitivos, en la provincia de Neuquén*.
- Kaczorkiewicz A. 1986, *Horizontalización del programa de lucha y control de la hidatidosis: la gestión útil para los niveles de operatividad*. Subsecretaría de Salud. Zapala Pcia del Neuquén
- Kaczorkiewicz A., Benitez de Yorío V., Muñoz Saavedra G. M. 1988, *Implementación de la Dirección de Ecología Humana. Política sectorial para las acciones de Salud sobre el Medio Ambiente*. Ministerio de Salud Pública. Pcia del Neuquén.
- Kaczorkiewicz A 1988, *Principios doctrinarios y estructura básica para el programa provincial de prevención de la hidatidosis*. Dirección Gral. de Ecología Humana y Salud. Ministerio de Salud Pública de la Pcia del Neuquén.
- Kaczorkiewicz A., Brusoni C., Cavazza R., Díaz M. 1990, *Análisis de Producción Programa de Prevención de hidatidosis 1989*. Dpto. de Riesgos Biológicos. Zapala Pcia del Neuquén.
- López C. 2008, *La hidatidosis humana en la Provincia del Neuquén, ¿espejismo o realidad?* Becas 2008 "Ramón Carillo_ Arturo Oñativia Comisión Nacional Salud Investiga. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina (no publicado)
- Miglianelli A., Benitez V., De Yorío. 1988, *Ecología social. Perspectiva de desarrollo*. Pcia del Neuquén. Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Neuquén y el Ministerio de

Salud de la Provincia de Chubut 2001, *Informe sobre inmunización contra la infección hidatídica en caprinos utilizando la vacuna recombinante EG95 en la provincia de Neuquén* Trabajo realizado en marco del convenio de cooperación científica entre provincias del Neuquén y Chubut.

- Ministerio de Salud de la Nación 1994, *Reunión para el Plan Nacional de Control de la equinocosis /hidatidosis* (Reunión Nacional 30 junio)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social 2001, *Normas de Diagnóstico y tratamiento de la Hidatidosis Humana*. Secretaria de Estado de Salud. Provincia de Río Negro
- Programa Integral de estudio y lucha contra la Hidatidosis, julio 1970-julio 1971, *Informe de labores efectuadas en el primer año de tareas*. Subsecretaría de Salud. Ministerio de Bienestar Social. . Pcia del Neuquén
- Programa Social Agropecuario y los productores de la provincia del Neuquén. 2002, *Sistema de Soporte de Decisiones para la producción ganadera y forestal de la Provincia del Neuquén*. CD-ROM. UNC e INTA, Bariloche, Pcia. del Neuquén. Acceso abril 2008.
- Soria P. E. 1968, *La hidatidosis en el centro de la provincia del Neuquén*. Tesis doctoral en medicina. Única y limitada edición, desconocida la editorial.
- Subsecretaría de Salud, 18 de abril 1982, *Ley N° 1358, Ley de Lucha contra la Hidatidosis, para su control y erradicación*. Expediente N° 2403-45574/81 del registro de la dependiente del Ministerio de Bienestar Social
- Subsecretaría de Salud, 1982, *Decreto Nacional N° 877/80*. Ministerio de Bienestar Social y Salud. Pcia del Neuquén.
- Villarruel J., Kircher M., Morate A., Bonacorsi N., Cerutti A. 1990, *Estado, sociedad, salud: Neuquén (1944-1972) Investigación histórica sobre el Plan de salud Neuquino*. Primera y única parte. Ministerio de salud Pública de Neuquén y Departamento de Historia de la UNC.

Fuentes primarias no documentales

- Entrevistas 1 a 84

Material de consulta sobre tesis

- Bota M. 2002, *Tesis, monografías e informes. Nuevas normas y técnicas de investigación y redacción* Ed. Biblos. Buenos Aires.
- Eco U. 2004, *¿Cómo se hace una tesis? Técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura*. Biblioteca de educación. Ed. Gedisa. México.
- Romano Yalour M., Tobar F. 1999, *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?* Cuadernos y Ed. ISALUD.
- Harvard Referencing 2007, Acceso octubre 2007, de <http://library.curtin.edu.au> (adaptado de Snooks & Co 2002, *Style manual: For authors, editors and printers*, 6th ed, John Wiley & Sons, Australia)

Índice de gráficos, mapas y tablas:

Gráfico N° 1: Evolución y alcance en equinocosis canina. Evaluación del Programa Integral de Lucha Antihidatídea. Periodo 1970-1986	Pág. 92
Gráfico N° 2: Porcentaje de equinocosis canina y de hidatidosis en ganado herbívoro faenado en mataderos. Evaluación del Programa integral de Lucha Antihidatídea. Pcia de NQN. 1970-1986	Pág. 93
Gráfico N° 3 Mortalidad proporcional por grupos de edad. Neuquen.1970-2007.	Pág. 128
Gráfico N° 4: Comparación del riesgo de Hidatidosis humana en la población total y en menores de 10 años. NQN. Periodo 1970-2005	Pág. 137
Gráfico N° 5. Número y proporción de notificaciones en menores de 10 años por año. Pcia. De Neuquén. Periodo 1970-2005	Pág. 138
Gráfico N° 6: Comparación del riesgo de hidatidosis humana en la población general y en la población rural. Pcia de Neuquén. Periodo 1970-2005	Pág. 139
Mapa N° 1: Zonas ecológicas de la Provincia del Neuquén	Pág. 43
Mapa N° 2: Rutas de trashumancia	Pág. 47
Tabla N° 1: Comparación de algunos indicadores demográficos seleccionados. Pcia del Neuquén. Censos 1960 y 1970.	Pág. 73
Tabla N° 2. Distribución anual de casos y tasas (0/000) de Hidatidosis Humana en la Provincia de Neuquén. Periodo 1970 a 1985.	Pág. 97
Tabla N° 3: Resumen de indicadores demográficos según datos censales. Provincia de Neuquén. 1960-1980.	Pág. 98
Tabla N° 4: Algunos indicadores demográficos y distribución de los recursos destinados al Sector Salud en la Provincia de Neuquén. Periodo 1960 a 1980	Pág. 98
Tabla N° 5: Distribución y composición de los recursos humanos del Sistema de Salud de la provincia de Neuquén. Periodo 1960-1980.	Pág. 100
Tabla N° 6: Porcentaje de actividad extractiva y agropecuaria en el PBGP. Pcia Neuquén- 1953-1991.	Pág. 107
Tabla N° 7: Resumen de indicadores demográficos. Pcia Neuquén. Periodo 1960-1991.	Pág. 109
Tabla N° 8: Producción del Subsector público de Salud. Pcia Neuquén Periodo 1980- 1995.	Pág.109
Tabla N° 9. Índice de equinocosis canina por zona sanitaria y año. Pcia de Neuquén. Periodo 1990-1992.	Pág. 113
Tabla N° 10: Distribución de hidatidosis humana en menores de 10 años y en la población general, por zona sanitaria y año. Pcia del Neuquén. Periodo 1990-1992.	Pág.114
Tabla N° 11: Casos y tasas (0/000) de hidatidosis humana en la población general y rural y en menores de 10 años por año. Pcia del Neuquén. Periodo 1970 a 1994.	Pág. 117
Tabla N° 12. Tasas de incidencia de hidatidosis humana en población rural (0/000) promedio anual en dos quinquenios y por departamento. Pcia de Neuquén. Periodo 1986-1995.	Pág. 118
Tabla N° 13. Comparación de tasas de hidatidosis humana en población rural y cabezas de ganado por departamento. Pcia de Neuquén.	Pág.119
Tabla N° 14: Porcentaje de actividad extractiva y agropecuaria en el PBGP. Pcia Neuquén. Periodo 1953-2001.	Pág.124
Tabla N° 15: Resumen de indicadores demográficos según datos censales. Pcia Neuquén. Periodo 1960-2001.	Pág. 126
Tabla N° 16. Ordenamiento de causas de mortalidad en hombres. Pcia de Neuquén.Periodo 1986-2005.	Pág. 127
Tabla N° 17. Ordenamiento de causas de mortalidad en mujeres. Pcia de Neuquén.Periodo 1986- 2005	Pág. 127

Tabla N° 18. Distribución de la incidencia anual promedio de hidatidosis en la población rural, por departamento y por quinquenio. Pcia de Neuquén. Periodo 1986 a 2005.	Pág. 135
Tabla N° 19: Casos De Hidatidosis En Menores De 10 Años Por Departamento De Residencia. Pcia De Neuquén	Pág. 136
Tabla N° 20. Medidas de resumen (tendencia central y dispersión) relacionadas a la edad de las personas con hidatidosis durante el periodo 1986-2005. Pcia de Neuquén	Pág. 136
Tabla N° 21. Distribución de tasas de hidatidosis humana rural y cabezas de ganado por departamento y quinquenio. Pcia de Neuquén. Periodo 1996-2005	Pág. 137

Índice de figuras:

Figuras 1 a 6: Casas, ranchos y rucas de crianceros campesinos y peones	Pág. 54
Figuras 7 a 9. Campos de veranada cercanos a Varvarco.	Pág. 56
Figuras 10 a 12 Crianceros trashumantes campesinos saliendo a la veranada en Chos Malal	Pág. 57
Figuras 13 a 15. Diferentes momentos durante el camino a la veranada	Pág. 57
Figuras 16 a 18. Diferentes testimonios de actividades extraprediales	Pág. 58
Figuras 19 a 21. Corrales de crianceros capitalizados y entrada a una casa con perros domiciliarios	Pág. 62
Figuras 22 a 27. Otros campos, casas y corrales de crianceros capitalizados	Pág. 62
Figuras 28 a 33. Campos, cascos de estancias y ganado de ganaderos	Pág. 65
Figura 34. Carátula Tesis sobre Hidatidosis en el Centro de la Provincia del Neuquén, (Soria 1968)	Pág. 76
Figura 35 contenido de una página del libro con resúmenes de historias clínicas de pacientes operados en la provincia entre 1940 y 1960 (Soria 1968)	Pág. 76
Figura 36 Memoria de la Campaña Antihidatídica (1958)	Pág. 77
Figura 37 Decreto de la Comisión Interministerial y los acuerdos con Chile para el control de las enfermedades en los límites fronterizos (Decreto N° 398 del 17/09/1958).	Pág. 77
Figura 38: Mapas de infestación hidatídica en Argentina (SELSA 1965)	Pág. 84
Figura 39 áreas de la Provincia demarcando región testigo Y experimental del Programa de Lucha Antihidatídica.	Pág. 84
Figuras 40 a 42. Matanza de perros y concentración canina al inicio del programa en Neuquén.	Pág. 86
Figura 43: Carátula de la propuesta de Ecología Social.	Pág. 111
Figura 44: Carátula de la programación de la Dirección de Ecología Humana y Social	Pág. 111
Figura 45: Carátula de la propuesta del programa de hidatidosis: Principios Doctrinarios y estructura básica para el Programa Provincial de Prevención de la Hidatidosis (1988-1991).	Pág. 111
Figura 46: Folleto informativo de difusión de medidas de prevención y tratamiento con Praziquantel (2000)	Pág. 115
Figura 47: evaluación canina con Arecolina a cargo de un "perrero".	Pág. 115
Figuras 48 a 51: Paraje Los Miches (Minas)	Pág. 143
Figuras 52 a 55: Paraje Chorriaca (Chos Malal)	Pág. 143
Figuras 56 a 59: Paraje Las Cortaderas (Pehuenches)	Pág. 144
Figuras 60 a 62. Paraje Huncal (Loncopue)	Pág. 144
Figuras 63 a 66: Comunidades de Ruca Choroi y parajes del Departamento Alumine	Pág. 145
Figuras 67 a 70: Área de Ramón Castro y protestas de las Comunidades Mapuches por la recuperación de tierras y su reconocimiento en la Provincia (Zapala)	Pág. 146
Figuras 71 a 74 Parajes de Aucapan y Pilo Lil, del departamento Huiliches	Pág. 147

Figuras 75 a 77: Comunidad Mapuche de Chiquilihuín (Huiliches)	Pág. 147
Figuras 78 a 80: Comunidades de Zaina Yegua, Piedra Pintada y Paso Yuncon (Collon Cura)	Pág. 148
Figura 81: Hospital de Área Junín de los Andes (Huiliches)	Pág. 148
Figuras 82 y 83: Puestos Sanitarios de Chorriaca y Ruca Choroi (Chos Malal y Alumine)	Pág. 151
Figura 84: Material de difusión generado por promotores de salud, la comunidad y agentes sanitarios.	Pág. 153
Figuras 85 y 86: Material de difusión generado por promotores de salud, la comunidad y agentes sanitarios.	Pág. 154
Figura 87: Folleto elaborado por promotores y agentes sanitarios	Pág. 155
Figura 88: faena a pie de árbol durante la esquila	Pág. 156
Figura 89: hígado con pequeño quiste hidatídico en la oveja carneada.	
Figuras 90 y 92: Llegada de crianceros al corral de evaluación canina (2008)	Pág. 156
Figura 93: palangana de fondo oscura usada durante la evaluación de materia fecal canina con visualización de equinococos granuloso (2008)	Pág. 156
Figura 94: escuela del paraje Chiquilihuín (Huiliches)	Pág. 157
Figuras 95 a 97: casa con vísceras secas colgando, faena en campo y traslado a caballo.	Pág. 162
Figuras 98 a 101: colgaderos para faena sanitaria en estancias. Mataderos rurales.	Pág. 163
1º Esquema: Correspondencia	Pág. 173
2º Esquema: Resultados sociales	Pág. 174

Anexo

Asentimiento Informado

1º parte "La hidatidosis humana en la provincia del Neuquén: ¿espejismo o realidad?".

2º parte: "La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén, desde una perspectiva histórico epidemiológica".

Teniendo en cuenta que Ud. es la máxima autoridad, le solicito su autorización para poder realizar entrevistas a miembros de su comunidad con el propósito de realizar una investigación sobre una enfermedad parasitaria que se llama Hidatidosis.

Esta investigación consta de dos etapas pero solo en la primera etapa necesitaré realizar las entrevistas.

A través de esta investigación se pretende reflexionar sobre la manera en que se realizó el seguimiento y control de esta enfermedad en la provincia, como fue su evolución geográfica y describir las características productivas y socioculturales actuales en una muestra representativa de la población rural con mayor riesgo para adquirir la enfermedad.

La participación en el estudio no entraña riesgo alguno para las personas ni para sus actividades laborales ganaderas y su contribución nos ayudará a comprender mejor como adaptar las tareas de prevención y control sobre hidatidosis a aquellos que más las necesitan.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de los datos que hagan referencia a la identidad de algún miembro de la comunidad. Los resultados del estudio podrán ser publicados, pero no se hará referencia a nombres ni a otros datos que permitan llegar hasta la persona en cuestión.

La presente investigación respeta la dignidad de las personas de su comunidad así como su cultura, y no vulnera sus derechos individuales o colectivos.

Le recordamos que su participación es voluntaria.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los propósitos de este estudio, doy mi asentimiento, considerando que participen miembros de mi comunidad permitiendo se les realice la entrevista y se grabe su contenido.

Fecha: __/__/____

Firma _____

Firma y Aclaración del investigador _____

Consentimiento Informado

1º parte "La hidatidosis humana en la provincia del Neuquén: ¿espejismo o realidad?".

2º parte: "La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén, desde una perspectiva histórico epidemiológica".

Teniendo en cuenta que Ud. es una persona dedicada a la cría de ganado, le solicito su permiso para poder realizarle entrevistas y grabarlas con el propósito de realizar una investigación sobre una enfermedad parasitaria que se llama Hidatidosis.

Esta investigación consta de dos etapas pero solo en la primera etapa necesitare realizar esta visita.

A través de esta investigación se pretende reflexionar sobre la manera en que se realizó el seguimiento y control de esta enfermedad en la provincia para los pobladores crianceros, como fue su evolución geográfica y describir las características de las prácticas de trabajo y la vida familiar en crianceros trashumantes y no trashumantes en una muestra representativa de la población rural con mayor riesgo para adquirir la enfermedad.

La participación en el estudio no entraña riesgo alguno para las personas ni para sus actividades laborales ganaderas y Su contribución nos ayudará a que comprender mejor como adaptar las medidas de prevención y control sobre hidatidosis a aquellos que más las necesitan.

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos

Los resultados del estudio podrán ser publicados, pero no se hará referencia a nombres ni a otros datos que permitan llegar hasta usted.

Le recordamos que su participación es voluntaria.

Yo _____ habiendo sido informado y entendiendo los propósitos de este estudio, doy mi consentimiento a participar del mismo permitiendo se realice la entrevista y se grabe su contenido.

Fecha: __/__/____

Firma _____

Firma y Aclaración del investigador _____

Información a Los Entrevistados e Informantes

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1º parte: "La hidatidosis humana en la provincia del Neuquén: ¿espejismo o realidad?".

2º parte: "La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia del Neuquén, desde una perspectiva histórico epidemiológica".

Introducción

La Hidatidosis o equinococosis humana (HH) es una enfermedad producida por un parásito llamado Echinococcus. En nuestro país el tipo de parásito predominante es el Echinococcus granulosus y la forma más frecuente por la cual las personas se enferman es a través del contacto con perros que consumen vísceras crudas procedentes de ganado enfermo. Aunque no es una enfermedad exclusiva de la población rural es en ésta donde se da con mayor frecuencia.

La posibilidad de que enferme el ganado, los perros y las personas se relacionan a los modos y posibilidades diferentes que tienen estos grupos de trabajadores rurales de encarar su actividad productiva y de llevar a cabo medidas para su control y prevención.

Cada persona diagnosticada debe ser informada bajo los resguardos éticos correspondientes, a las autoridades sanitarias correspondientes en cada provincia para realizar una evaluación y adecuación de las medidas para su control y prevención.

En la provincia del Neuquén esta enfermedad se conoce desde hace muchos años y para su control y prevención se viene trabajando desde el sector salud básicamente en dos direcciones: 1- la detección y posterior tratamiento de las personas enfermas y 2- su control y prevención a través de la desparasitación periódica canina y la cocción de vísceras que se destinan como alimento a los perros.

Si bien los casos detectados parecen haber disminuido en forma notoria a lo largo de los últimos 35 años. Persisten focos de infección importantes en algunas regiones de la provincia acompañados de un aparente debilitamiento de las medidas de control y prevención mencionadas.

Propósitos y objetivos de la investigación

A través de esta investigación se pretende reflexionar sobre la manera en que se realizó el seguimiento y control de esta enfermedad en la provincia, como fue su evolución geográfica y describir las características productivas y socioculturales actuales en una muestra representativa de la población rural con mayor riesgo para adquirir la enfermedad.

En función de este último objetivo se realizarán entrevistas grabadas dirigidas a productores ganaderos (hombre y/o mujeres) que habiten parajes rurales de la provincia. En caso que dichos productores correspondan a agrupaciones de pueblos originarios, se solicitará su autorización a través de la máxima autoridad de dicha comunidad.

¿Quién puede participar en el estudio?

Las personas se seleccionaran en base a criterios previamente establecidos por el investigador y en base a consultas realizadas previamente con el agente sanitario, maestro y técnico agropecuario, y en caso de comunidades de pueblo originarios, las consultas se realizaran a través de sus máximas autoridades.

La participación de la persona y/o comunidad será de carácter voluntario y a través de consentimiento informado escrito y firmado.

¿En que consistirá participar en el estudio?

En aceptar le realicen de una a dos entrevistas a través de la cual nos cuente como es su trabajo de todos los días, como lo aprendió, que dificultades tiene, como es su vida familiar, si alguna persona que conoce enfermó de hidatidosis y que conoce de la enfermedad.

¿Cuáles son los riesgos potenciales de su participación en este estudio?

La participación en el estudio no entraña riesgo alguno para las personas ni para sus actividades laborales ganaderas.

¿Cuáles son los beneficios de su participación?

Su contribución a que comprendamos mejor como adaptar las medidas de prevención y control sobre hidatidosis a aquellos que más las necesitan.

¿Se mantendrá la confidencialidad de su participación en este estudio?

En todo momento se mantendrá la confidencialidad de sus datos. Los resultados del estudio podrán ser publicados, pero no se hará referencia a su nombre ni tampoco se le identificará y los datos referenciados no permitirán llegar hasta usted. Este compromiso es acorde con la Ley N° 17622 sobre el secreto estadístico.

¿Quién lleva a cabo el estudio?

Quien lleva a cabo el estudio es Claudia López, médica integrante de la Dirección de Epidemiología de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén.

¿Quién ha revisado el estudio?

El estudio ha sido revisado y aprobado por la comisión nacional de Salud Investiga perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación y por la comisión provincial para la evaluación de proyectos de investigación biomédica de la Provincia del Neuquén- Subsecretaría de Salud.

¿Dónde dirigirse para ampliar información sobre este estudio?

Dirección de Epidemiología-Subsecretaría de Salud-Provincia del Neuquén
Dra. Claudia López (DNI 13764282; MN: 68060; MP médica 2001; MP Peditra 422). Fotheringham 121, 2º piso. CP 8300. E-mail: clopez@neuquensalud.gov.ar

Tabla de resumen sobre entrevistas efectuadas a productores pecuarios:

categoria	sexo	edad	paraje	departamento	mapuche	veranadores	hidatidosis
criancero cap	m	77	Alumine	Alumine	no	si	no
criancero	f	25	Carri Lil	Alumine	si	si	no
criancero	f	25	Carri Lil	Alumine	si	si	si
criancero	f	32	Carri Lil	Alumine	si	si	si
criancero	m	45	Carri Lil	Alumine	si	si	no
criancero	f	53	Carri Lil	Alumine	si	si	si
criancero	m	57	Carri Lil	Alumine	si	si	si
criancero	m	74	Carri Lil	Alumine	si	si	no
criancero	f	30	Loncoluan	Alumine	si	si	si
criancero	f	31	Loncoluan	Alumine	si	si	no
criancero	f	43	Loncoluan	Alumine	no	si	no
criancero	f	45	Loncoluan	Alumine	no	si	si
criancero	m	20	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	m	25	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	m	27	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	m	30	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	f	35	Ruca Choroí	Alumine	si	si	si
criancero	f	36	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	m	51	Ruca Choroí	Alumine	si	si	no
criancero	f	40	Chorriaca	Chos Malal	no	si	no
criancero	m	60	Chorriaca	Chos Malal	no	si	no
criancero	f	87	Chorriaca	Chos Malal	si	si	si
puestero	m	22	Chorriaca	Chos Malal	no	si	no
puestero	f	60	Chorriaca	Chos Malal	no	si	no
criancero	m	68	Paso Yuncon	Collon Cura	no	no	no
criancero	f	51	Piedra del Aguila	Collon Cura	no	no	si
ganadero	m	28	Piedra del Aguila	Collon Cura	no	no	no
criancero	f	62	Santo Tomas	Collon Cura	no	no	no
criancero cap	f	57	Santo Tomas	Collon Cura	no	no	no
puestero	m	20	Zaina Yegua	Collon Cura	si	no	no
puestero	m	50	Zaina Yegua	Collon Cura	si	no	no
puestero	m	70	Zaina Yegua	Collon Cura	si	no	no
ganadero	m	80	Junín de los Andes	Huiliches	no	no	no
criancero cap	m	70	Pilo Lil	Huiliches	no	no	no
ganadero	m	68	Pilo Lil	Huiliches	no	no	no
criancero	f	19	Cerro mocho Huncal	Loncopue	si	si	no
puestero	f	73	Cerro mocho Huncal	Loncopue	si	si	no
puestero	f	74	Cerro mocho Huncal	Loncopue	si	si	no
criancero	f	24	Huncal	Loncopue	si	si	no
criancero	f	25	Huncal	Loncopue	si	si	no
criancero	f	78	Huncal	Loncopue	si	si	si
puestero	m	40	Huncal	Loncopue	no	si	no
puestero	f	70	Huncal	Loncopue	si	si	no
puestero	m	70	Huncal	Loncopue	no	si	no
ganadero	m	32	Loncopue	Loncopue	no	si	no
ganadero	m	65	Loncopue	Loncopue	no	no	no
ganadero	m	75	Loncopue	Loncopue	no	no	no
criancero	m	70	Los Miches	Minas	si	si	no
criancero	m	32	Las Cortaderas	Pehuenches	no	si	no
criancero	f	36	Las Cortaderas	Pehuenches	no	si	no

La hidatidosis humana como problema de salud en la provincia de Neuquén desde una perspectiva histórica

criancero	f	42	Las Cortaderas	Pehuenches	no	si	no
criancero	m	47	Las Cortaderas	Pehuenches	no	si	si
criancero	m	57	Las Cortaderas	Pehuenches	no	si	no
criancero	f	70	Las Cortaderas	Pehuenches	si	si	no
criancero	f	35	Gelayco R. Castro	Zapala	si	si	no
criancero	m	60	Gelayco R. Castro	Zapala	si	si	no
criancero	m	40	Redico R. Castro	Zapala	si	si	no
puestero	m	40	Redico R. Castro	Zapala	no	si	si
criancero	f	28	Wiñoy Folil R. Castro	Zapala	si	si	no
criancero	f	38	Wiñoy Folil R. Castro	Zapala	si	si	si

Fuentes de datos de gráficos, mapas y tablas.

Fuente de información para el Gráfico N° 1, 2 y tabla N° 9: Tabla A: Dosificación y porcentaje de equinocosis canina e hidatidosis herbívoros NQN (1970-2003)

años	perros dosificados	perros infectados	% infec canina	% infec ovina	% infec bovina
1970	5742	1620	28.21	89.9	71.4
1971	12432	743	5.98	89.9	71.4
1972	12230	756	6.18	87.5	82
1973	11814	453	3.83	42.7	20.6
1974	10502	329	3.13	45.4	38.4
1975	8816	216	2.45	46.5	38
1976	6050	127	2.10	38.5	28.6
1977	6128	93	1.52	31.6	21.4
1978	5865	77	1.31	35.6	30.3
1979	5512	160	2.90	13.2	21
1980	8235	320	3.89	14	21.6
1981	11304	304	2.69	14.5	20
1982	11543	318	2.75	15	24
1983	11420	294	2.57	10	22
1984	30246	812	2.68	7	34
1985	26928	273	1.01	10	18
1986	31448	670	2.13	7	14
1987			sin información		
1988			2.8		
1989			3.9		
1990			4.2		
1991			2.2		
1992	9939	290	2.9	17.5	17.8
1993			3.5	28	25
1994			2.3	30	
1995			1.4		
1996			1.1		
1997			0.84		
1998	5621	69	1.18	16	19
1999					
2000					
2001					
2002				1	12
2003	2249	23	1		

Fuente de información para la elaboración de los Gráficos N° 3 a 5 y Tablas 11, 12, 13, 18,19,21

Tabla B: Base de datos compilada de las evaluaciones del Programa de hidatidosis, de informes de hospitalización y notificaciones del SNVS. Pcia de Neuquén. Periodo 1970-2005

Años	CASOS < 10A	CASOS TOTALES	Tasa hidat (0/000)	POB TOTAL censos	Tasa hidat menores 10 años (0/000)	POB MENORES 10 AÑOS censos
1970	6	35	2.26	154570	1.43	41982
1971	11	85	5.50	154570	2.62	41982
1972	6	44	2.85	154570	1.43	41982
1973	5	30	1.94	154570	1.19	41982
1974	4	33	2.13	154570	0.95	41982
1975	9	65	4.21	154570	2.14	41982
1976	17	81	5.24	154570	4.05	41982
1977	8	71	4.59	154570	1.91	41982
1978	10	66	4.27	154570	2.38	41982
1979	14	86	5.56	154570	3.33	41982
1980	falta información	78	3.20	243850	falta información	41982
1981		85	3.50	243850		69786
1982		141	5.80	243850		69786
1983		137	5.60	243850		69786
1984		132	5.40	243850		69786
1985		215	8.80	243850		69786
1986	10	200	8.20	243850	1.43	69786
1987	14	181	7.42	243850	2.01	69786
1988	13	165	6.77	243850	1.86	69786
1989	9	135	5.54	243850	1.29	69786
1990	16	122	5.00	243850	2.29	69786
1991	12	116	2.98	388833	1.22	98515
1992	16	235	6.04	388833	1.62	98515
1993	6	82	2.11	388833	0.61	98515
1994	21	153	3.93	388833	2.13	98515
1995	25	210	5.40	388833	2.54	98515
1996	15	220	5.66	388833	1.52	98515
1997	12	125	3.21	388833	1.22	98515
1998	9	129	3.32	388833	0.91	98515
1999	5	138	3.55	388833	0.51	98515
2000	5	128	3.29	388833	0.51	98515
2001	3	104	2.14	486779	0.30	100414
2002	5	80	1.64	486779	0.50	100414
2003	5	99	2.03	486779	0.50	100414
2004	5	72	1.48	486779	0.50	100414
2005	7	71	1.46	486779	0.70	100414
TOTAL	213	2765				

Fuente de datos para tablas 2 y 21

Tala C: Distribución de casos de hidatidosis por departamento y quinquenio. Pcia NQN (1986-2005)

Departamento	casos hidatidosis			
	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005
Alumine	52	35	38	31
Catan Lil	9	11	9	9
Collon Cura	27	33	32	10
Confluencia	104	95	107	48
Huiliches	30	24	14	7
Lacar	217	185	161	95
Loncopue	41	57	66	55
Ñorquin	16	26	15	20
Picun Leufu	98	50	25	25
Añelo	3	6	4	5
Chos Malal	39	45	36	10
Los lagos	18	24	24	9
Minas	22	35	40	22
Pehuénches	11	5	8	6
Picunches	31	51	41	20
Zapala	85	114	120	54
Total	803	796	740	426

Fuente de datos para tablas 2 y 21

Tala D: Distribución porcentual de población rural por departamento y quinquenio. Pcia NQN (1960-2001)

Pcia Neuquén departamentos	Porcentaje de población rural por departamento. Pcia del Neuquén. Datos DPEYC				
	1960	1970	1980	1991	2001*
Alumine	100	65,31	59,55	48,71	40,41
Añelo	100	91,89	72,02	40,02	27,14
Catan Lil	100	95,56	87,77	74,75	66,87
Chos Malal	52,00	49,96	32,84	20,78	16,71
Collon Curá	100	84,30	67,40	13,39	18,04
Confluencia	25,00	10,74	5,36	3,17	17,17
Huiliches	100	36,19	24,78	24,24	18,88
Lacar	37,2	27,39	13,77	9,83	9,07
Loncopue	100	64,85	55,83	41,14	31,14
Los Lagos	100	67,59	36,59	22,87	10,68
Minas	100	89,23	77,05	51,12	36,14
Ñorquin	100	77,74	72,75	61,21	51,60
Pehuénches	100	81,52	50,39	46,85	8,38
Picun Leufu	100	91,09	71,28	38,31	37,10
Picunches	100	48,30	40,21	34,96	19,93
Zapala	36,78	21,30	13,63	13,98	6,15
Población rural total	57094	41261	39372	36751	54172

*Se considera población urbana a la que habita en localidades de 2.000 y más habitantes, y se clasifica como población rural a la que se encuentra **agrupada** en localidades de menos de 2.000 habitantes y a la que se encuentra **dispersa** en campo abierto.

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población y Vivienda 1991 y Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Fuente para elaboración de tablas Nº 6 y 14

Tabla F: Porcentaje de actividad extractiva y agropecuaria en el PBGP. Pcia Neuquén- 1953-2001 p. 27 (Baranda y col 2008, p. 86 Cuadro Nº 10)

Provincia del Neuquén						
Producto Bruto Geográfico 1970-1980						
(en miles de pesos de 1970)						
Gran División	1970	%	1980	%	Var %	Inc.%
Agricultura, caza, silvicultura y pesca	32.618	5,6	60.703	3,6	86	6,4
Explotación de minas y canteras	89.827	15,5	364.071	21,3	305	15
Industrias manufactureras	31.703	5,5	70.048	4,1	121	8,2
Electricidad, gas y agua	18.069	3,1	243.675	14,3	1.249	29,7
Construcción	144.585	24,9	149.629	8,8	3,5	0,3
Comercio mayor y menor, rest. y hotel	70.913	12,2	445.645	26,1	528	20,2
Trans., almac., y comunicación	27.250	4,7	32.355	1,9	19	1,7
Estab. finan.; seg.; Bs. Inm., y Serv.	90.280	15,5	194.561	11,4	116	8
Adm. Púb.; Ser. Soc. Púb.; Ser	75.760	13	148.805	8,7	96	6,9
Total	581.005	100	1.709.492	100	194	11,4
Población	154.570		243.850		58	4,7
PBG per cápita	3.759		7.010		87	6,4

Fuente de datos para tablas 1, 2, 4 y 5.

Tabla G: Recursos humanos por sectores 1960. Nqn Cuadro 2⁵⁹ (Taranda y col 2008, p.40)

1960 Provincia del Neuquén							
Cantidad de recursos humanos según sectores del sistema de salud							
Habitantes	109.890						
Sectores	Médico	Bioq/ Far.	Odon tólogo	Enfer mera	Sub total	Otros	Total
Público	24	1	2	41	68	73	141
Priv/Ob.Soc	11	1	3	67	82	19	101
Total	35	2	5	108	150	92	242
%							
Público	69	50	40	38	45	79	58
Priv/Ob.Soc	31	50	60	62	55	21	42
Total	100	100	100	100	100	100	100
Cada 10.000 habitantes							
Público/10.000 h	2,2	0,1	0,2	3,7	6,2	6,6	12,8
PrObSo c/10.000 h	1,0	0,1	0,3	6,1	7,5	1,7	9,2
Total c/10.000 h	3,2	0,2	0,5	9,8	13,7	8,4	22

⁵⁹ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA y Alicia, PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983, p.. 56-58; p.116; p.. 122-126; p.. 134-135; p.. 158-159; p.174. En: Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño (1983) Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud. México, D.F., México.

Fuente de datos para tablas 1, 2, 4 y 5.

Tabla H: Recursos humanos por zona sanitaria. Año 1960. Nqn Cuadro N° 3⁶⁰ (Taranda y col 2008)

1960 Provincia del Neuquén										
Habitantes	I		II		III		IV		Total	
	54.921		22.344		16.012		16.613		109.890	
Personal	Cant	cada 0000 h	Cant	cada 0000 h						
Médicos	14	2,5	4	1,8	1	0,6	5	3,0	24	2,2
Bioquímicos./Farm	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
Odontólogos	1	0,2	1	0,4	0	0,0	0	0,0	2	0,2
Enfermeras	19	3,5	11	4,9	8	5,0	8	4,8	46	4,2
Subtotal At. Médica	35	6,4	16	7,2	9	5,6	13	7,8	73	6,6
Otros Rec. Hum.	50	9,1	7	3,1	8	5,0	3	1,8	68	6,2
Total	85	15,5	23	10,3	17	10,6	16	9,6	141	12,8
Camas	128	23,3	50	22,4	33	20,6	16	9,6	227	20,7
Estab. C/Intern.	4	0,7	2	0,9	1	0,6	3	1,8	10	0,9
Estab. S/Intern.	2	0,4	0	0,0	1	0,6	1	0,6	4	0,4
Total Establ.	6	1	2	0,9	2	1,2	4	2,4	14	1,3
Consultas/hab/año	46.95		21.79		3.57		9.93		82.25	
Egresos/100 hab.	9	0,9	3	1,0	1	0,2	6	0,6	9	0,7
Egresos/100 hab.	1.529	2,8	841	3,8	428	2,7	332	2,0	3.130	2,8
Rel. Cons/egreso		30,7		25,9		8,3		29,9		26,3
Mort Infantil ‰		110,6		115,8		126,9		134,1		117,9
Mort General ‰		10,8		13,3		15,6		13,6		12,4
% de fallecidos entre 0 a 4 años									50,6	
% de fallecidos entre 5 a 49 años									25,3	
% de fallecidos entre 50 y más años									24,1	
Esperanza de años de vida al nacer									47,0	

Fuente de datos para tablas 1, 2, 4 y 5.

Tabla I. Recursos humanos 1970. Nqn Cuadro N° 9 Taranda y col. 2008, p.63

1970 Indicadores sanitarios básicos Provincia del Neuquén										
Ítems	Composición Zonas Sanitarias									
	I		II		III		IV		Total	
Habitantes	93.853		26.824		14.312		19.581		154.570	
Personal	Cant	cada 10.000 h	Cant	cada 10.000 h	Cant	cada 10.000 h	Cant	cada 10.000 h	Cant	cada 0.000 h
Médicos	50	5,3	18	6,7	8	5,6	14	7,1	90	5,8
Bioquímico./Farm.	6	0,6	3	1,1	1	0,7	1	0,5	11	0,7
Odontólogos	11	1,2	2	0,7	2	1,4	3	1,5	18	1,2
Enfermeras	125	13,3	50	18,6	41	28,6	34	17,4	250	16,2
Subtotal At. Méd.	192	20,5	73	27,2	52	36,3	52	26,6	369	23,9
Otros Rec. Hum.	210	22,4	38	14,2	26	18,2	35	17,9	309	20,0
Total	402	42,8	111	41,4	78	54,5	87	44,4	678	43,9
Camas	284	30,3	131	48,8	61	42,6	62	31,7	538	35
Estab. C/Intern.	6	0,6	5	1,9	4	2,8	4	2,0	19	1,2
Estab. S/Intern.	5	0,5	1	0,4	4	2,8	1	0,5	11	0,7
Total Establec.	11	1,2	6	2	8	5,6	5	2,6	30	1,9
Cons/hab/año	114.179	1,2	35.107	1,3	27.426	1,9	26.657	1,4	203.369	1,3
Egreso/100 hab	6.779	7,2	2.373	8,8	1.303	9,1	1.328	6,8	11.783	7,6
Rel. Cons/egreso		16,8		14,8		21,0		20,1		17,3
Mort. Infantil ‰		90,0		145,6		132,3		128,0		108,5
Mort. General ‰		9,7		11,6		12,1		11,4		10,4
% de fallecidos entre 0 a 4 años									42,1	
% de fallecidos entre 5 a 49 años									24,7	
% de fallecidos entre 50 y más años									33,2	
Expectativa de años de vida al nacer									57,4	

⁶⁰ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA y Alicia, PERRONE, Héctor (1983) "Mortalidad Infantil en la Provincia del Neuquén", en *Taller regional de atención primaria y mortalidad del niño*, México, Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1983. En 1960 no existía el ordenamiento territorial de los establecimientos públicos de atención de la salud por zonas sanitarias y composición según complejidad. Los autores del trabajo citado a los efectos de comparar luego 1970 y 1980 con 1960, clasificaron lo existente en 1960 de acuerdo al ordenamiento surgido en 1970.

Fuente de datos para tablas 4, 5, 7 y 15.

Tabla I. Recursos humanos 1980. Nqn Cuadro N° 11⁶¹ (Taranda y col 2008, p.88)

1980 Provincia de Neuquén										
Ítems	Composición Zonas Sanitarias									
	I		II		III		IV		Total	
Habitantes	162.767		33.979		18.953		28.151		243.850	
Personal	Cant	cada 0000 h	Cant	cada 0000 h	Cant	cada 0000 h	Cant	cada 0000 h	Cant	cada 0000 h
Médicos	182	11,2	32	9,4	16	8,4	22	7,8	252	10,3
Bioquímico/Farm.	16	1,0	3	0,9	2	1,1	3	1,1	24	1,0
Odontólogos	22	1,4	4	1,2	5	2,6	6	2,1	37	1,5
Enfermeras	271	16,6	83	24,4	50	26,4	49	17,4	453	18,6
Subtotal At. Méd.	491	30,2	122	35,9	73	38,5	80	28,4	766	31,4
Otros Rec. Hum.	495	30,4	138	40,6	68	35,9	93	33,0	794	32,6
Total	986	60,6	260	76,5	141	74,4	173	61,5	1.560	64,0
Camas	302	18,6	159	46,8	116	61,6	105	37,3	682	30,2
Estab. C/Intern.	8	0,5	7	2,1	6	3,2	4	1,4	25	1,0
Estab. S/Intern.	28	1,7	8	2,4	6	3,2	13	4,6	55	2,3
Total Establ.	36	2,2	15	4	12	6,3	17	6,0	80	3,3
Consultas/hab/año	369.922	2,3	99.532	2,9	74.270	3,9	95.051	3,4	638.775	2,6
Egresos/100 hab.	10.216	6,3	3.572	10,5	2.841	15,0	2.670	9,5	19.299	7,9
Rel Cons/egreso	36,2		27,9		26,1		35,6		33,1	
Mort. Infantil ‰	29,2		38,0		32,6		46,0		32,5	
Mort. General ‰	5,1		5,4		4,3		6,0		5,4	
% de fallecidos entre 0 a 4 años									22,9	
% de fallecidos entre 5 a 49 años									26,1	
% de fallecidos entre 50 y más años									50,9	
Expectativa de vida al nacer años									61,9	

Fuente de datos para elaboración tablas 7 y 8

Tabla J : Producción del Subsector Público de Salud. Pcia del Neuquén Periodo 1980 a 1995. (Cuadro n° 15, Taranda y col 2008, p. 114)

INDICADORES	1980	1987	1991	Var. % 87-80	Var. % 91-87	1995	Var. % 95-91
Población	243.850	336.093	388.833	38	16	420.973	8
Consultas	638.775	925.866	1.127.125	45	22	1.427.838	27
Egresos	19.299	27.816	33.012	44	19	37.015	12
Camas promedio anual	682	821	874	20	6	874	0
Camas/día /año	249.530	299.712	319.010	20	6	319.010	0
Giro de camas	28,3	33,9	37,8	20	11	42,4	12
Consultas/hab/año	2,6	2,8	2,9	5	5	3,4	17
Egresos/100/hab./año	7,9	8,3	8,5	5	3	8,8	4

⁶¹ Elaboración propia. Fuente: BATES GARCIA, Alicia y PERRONE, Héctor, "La mortalidad infantil...", op cit., p.. 56-58, 116, 122-126, 134-135, 158-159 y 174.

Fuente de datos para elaboración tablas: 6 y 14
Tabla K. PBG INDEC 1993-1999

Datos INDEC:Producto Bruto Geográfico según Gran División. Neuquén 1993/1999							
Gran División	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Miles de \$ a precios constantes de 1986							
Total	3,565,915	4,389,973	4,584,302	4,688,090	4,790,163	5,139,833	5,174,507
Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	33,922	41,189	31,435	33,887	33,033	36,432	35,194
Explotación de Minas y Canteras	1,937,607	2,546,953	2,652,457	2,774,195	2,919,261	3,009,992	3,088,854
Industrias Manufactureras	146,61	174,435	160,757	221,268	195,191	259,002	180,68
Electricidad, Gas y Agua	148669	210,291	271,539	297,256	276,202	279,727	286,536
Construcción	227,942	272,121	255,098	234,206	176,977	243,28	224,363
Comercio al por Mayor y al por Menor y Restaurantes y Hoteles	226,74	266,91	252,029	233,204	265,416	272,693	244,945
Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones	85,914	76,897	94,314	89,135	70,552	79,079	56,808
Establec. Financ., Seguros, Bienes Inmuebl. y Servicios Prestados a las Empresas	135,429	181,929	190,624	191,245	202,689	247,267	271,959
Servicios Comunales, Sociales y Personales	623,082	619,248	676,049	613,694	650,842	712,361	785,168

Fuente: Dirección Provincial de Estadística, Censos y Documentación. Gobierno de la Provincia del Neuquén.

Fuente de datos para elaboración tablas: 6 y 14
Tabla L. PBG INDEC 1993-1999

Gran División 1 Agricultura, Caza, Silvicultura y Pesca	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Miles \$ a precios constantes de 1986							
Total	33,922	41,189	31,435	33,887	33,033	36,432	35,194
Agricultura	19,274	25,738	18,611	21,093	19,203	21,463	21,046
Ganadería	10,958	11,505	9,874	9,609	10,178	10,595	9,866
Granja	2,775	2,913	2,502	2,435	2,579	2,685	2,5
Caza	56	25	36	29	43	44	70
Silvicultura y extracción de madera	858	1,008	413	722	1,031	1,645	1,712

Fuente: Dirección Provincial de Estadística, Censos y Documentación. Gobierno de la Provincia del Neuquén.

Fuente de datos para elaboración tablas: 6 y 14
Tabla M. PBG INDEC 1993-1999

Composicion porcentual del Producto Bruto Geografico a valores constantes por Gran Division según año. Base 1993 = 100. Provincia del Neuquén. Años 1993/2003

Gran División	Año											
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	
	%											
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
Agricultura, Caza, Sivilcultura y Pesca	1,10	1,03	0,75	0,79	0,74	0,75	0,72	0,74	0,83	0,86	0,86	
Explotacion de Minas y Canteras	50,27	55,95	56,20	57,51	58,34	56,47	57,96	57,06	56,83	57,23	54,28	
Industrias Manufactureras	4,62	5,14	4,44	4,39	5,42	5,53	4,50	4,50	4,38	4,75	5,21	
Electricidad , Gas y Agua	4,23	4,60	5,64	5,85	5,27	4,99	5,13	6,15	6,25	6,21	6,08	
Construcción	5,63	5,01	4,24	000	3,19	4,27	3,73	2,56	2,69	2,19	3,38	
Comercio al por mayor, por menor, restaurantes y hoteles	7,14	6,49	5,90	5,38	5,87	5,65	5,15	5,38	5,20	4,80	5,24	
Transporte, Almacenamiento y Comunicación	3,00	2,12	2,72	2,57	2,15	2,41	1,59	1,61	1,79	1,76	1,86	
Establecimientos Finacieros, Seguros, Bienes Inmuebles y servicios prestados a las empresas	4,27	4,42	4,46	4,38	4,47	5,48	5,63	6,17	5,07	2,81	3,28	
Servicios Comunales, Sociales y Personales	19,74	15,24	15,65	15,02	14,55	14,47	15,59	15,84	16,96	19,38	19,80	

Tabla N: RESULTADOS PROVISORIOS DE EVALUACIONES CANINAS 2008

Zona	N° muestras	N° Arecolinas	Resultados arecolinas		Resultados Laboratorio		
			%Eg	%Th	N°Muestras Lab.	N°Positivas coproAg	%PositivasCoproAg
Metropolitano	(Meseta) 47	14	0	0	46	7	15.2
V	393	393	0	12.1	256	25	9.7
I	205	202	0	12.4	98	9	9.1
IV	550	433	3.5	12.2	414	42	10.1
II	424	423	1.6	7.3	274	28	10.2
III	41	Seca			41	2	4.9
Total	1660	1465	1.5	10.6	1129	113	10.0

Lugares de toma de muestras por Zona Sanitaria

Zona Sanitaria Área Metropolitana: Colonia Agrícola Nueva Esperanza en la meseta.

Zona Sanitaria I: Chihuido Norte y Sur, El Chañar, Rincón Colorado, Octavio Pico, Medanito, El Jaguel, Mina La Escondida.

Zona Sanitaria II: El Huecú chacras, El Huecú urbano, Huncal, Pichaihue, Huarenchenque, Mallin de la Cueva (Las Lajas), San Demetrio (Las Lajas), Las Lajitas, La Buitrera, Los Hornos – Mariano Moreno.

Zona Sanitaria III: Cerro Bayo, Cortaderas, Huantraico, Curaco, Area Las Minas, Chadileu, Cochico, Butaco, Huinganco, Coyuco, Batra Lauquen.

Zona Sanitaria IV: Las Coloradas, San Martín de los Andes, Atreuco Arriba, Medio y Abajo, Pampa del Malleo, Huilquimenuco, Nahuel Mapi arriba y abajo, Pilo Lil, Costa del Malleo, San Ignacio, El Salitral, Media Luna, Aucapán.

Zona Sanitaria V: Cerro León, El Sauce, Villa Unión, Limay Centro, Paso Aguerre, Astigarraga, Piedra Pintada, Zañico, Carran Cura, Zaina Yegua, Santo Tomás, El Sauce, Ojo de Agua, Las Orquetas....

Tabla Ñ. Tabla resumen de población censal por departamento y el porcentaje de población rural correspondiente. De esta relación se realizaron los cálculos de población rural para las tasas.

División geográfica	censos poblacionales			%rural		
	1980	1991	2001	1980	1991	2001
Aluminé	3842	4946	6308	59,55	48,71	40,41
Añelo	2602	4668	7554	72,02	40,02	27,14
Catan Lil	1970	2408	2469	87,77	74,75	66,87
Chos Malal	7365	11109	14185	32,84	20,78	16,71
Collon Curá	1951	7865	4395	67,40	13,39	18,04
Confluencia	156135	265123	314793	5,36	3,17	17,17
Huiliches	7550	9679	12700	24,78	24,24	18,88
Lacar	14193	17085	24670	13,77	9,83	9,07
Loncopué	3919	5206	6457	55,83	41,14	31,14
Los Lagos	2566	4181	8654	36,59	22,87	10,68
Minas	4366	5577	7072	77,05	51,12	36,14
Ñorquin	3350	4136	4628	72,75	61,21	51,60
Pehuenches	3872	6538	13765	50,39	46,85	8,38
Picun Leufú	2079	3333	4272	71,28	38,31	37,10
Picunches	5111	5812	6427	40,21	34,96	19,93
Zapala	22979	31167	35806	13,63	13,98	6,15