

# Gestación y Chagas: sesgos clínicos en la atención de seis casos en Argentina luego de sancionada la Ley N° 26.281

## Pregnancy and Chagas: clinical bias in the care of six cases in Argentina after the enactment of Law No. 26,281

**Au**

Agostina Loreley Gieco **1**  
Pamela Peyran **1**  
Andrea Viviana Coman **1**  
Mariana Sanmartino **2**  
María Soledad Santini **1**

<https://orcid.org/0000-0001-8268-938X>  
<https://orcid.org/0000-0003-3914-5373>  
<https://orcid.org/0009-0009-4636-7039>  
<https://orcid.org/0000-0002-3950-4826>  
<https://orcid.org/0000-0002-0797-7020>

Licenciada en Sociología de la Salud  
Licenciada en Trabajo Social  
Licenciada en Trabajo Social  
Doctora en Ciencias de la Educación  
Doctora en Ciencias Naturales

**1** Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatała Chaben”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”, Argentina

**2** Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos, CONICET-Universidad Nacional de La Plata, Argentina

[agostinadesastreyortiz@gmail.com](mailto:agostinadesastreyortiz@gmail.com)

**Rs**

### RESUMEN

**Introducción:** En Argentina, el Chagas afecta a más de un millón y medio de personas, persistiendo graves fallas operativas e institucionales que resultan en la omisión de tests obligatorios en la mayoría de las personas gestantes y la pérdida de seguimiento de los recién nacidos. Estas dificultades se ven agravadas por prejuicios y representaciones estereotipadas del personal de salud que vinculan al Chagas con la marginalidad, erigiendo barreras de acceso que estigmatizan a las personas afectadas. Este estudio constituye una primera aproximación para las vivencias de personas gestantes durante los procesos de atención en relación con la transmisión vertical del *Trypanosoma cruzi*, luego de sancionada la Ley Nacional N° 26.281 (2007). Particularmente, busca identificar los efectos subjetivos que generan las situaciones en consulta en las personas y, de modo indirecto a partir de las vivencias de las entrevistadas, describir prácticas y percepciones de las y los profesionales actuantes en torno al diagnóstico y tratamiento para la prevención del Chagas. **Método:** De carácter cualitativo y exploratorio, consistió en entrevistas semiestructuradas realizadas de manera virtual durante el 2024 a personas que, durante su itinerario terapéutico, se vincularon a la organización de la sociedad civil “¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?” y al Instituto Nacional de Parasitología “Dr. Mario Fatała Chaben” de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS). **Resultados y discusión:** Para esta primera aproximación, se entrevistó a seis personas, todas universitarias que viven en grandes ciudades. Cinco se atendieron en consultorios particulares que realizan prestaciones con obra social y una transitó su itinerario en dos coberturas de carácter privado durante sus embarazos. Todas comparten vivencias negativas que las acercaron a las instituciones mencionadas. Se destacan dos núcleos de discusión: a) la persistencia en el raciocinio epidemiológico de los equipos de salud de nociones tributarias de la epidemiología clásica (que diferencia de modo asocial y ahistórico “área endémica” de “área no endémica”), expresada en estereotipos y prejuicios traducidos en la negativa al acceso al diagnóstico (e incluso terapéutico) en las personas gestantes y su descendencia; b) la gestión de la información como aspecto sensible en las experiencias de atención, donde la vinculación de las personas a organizaciones de la sociedad civil y equipos se traduce en un proceso protector frente a la vulneración de derechos y oficio de punto de partida y llegada de un recorrido de autoatención *sui generis*. A partir de estos núcleos se observó que, junto al problema del obstáculo en el acceso, se presentan procesos de subjetivación en las entrevistadas que remiten a sentimientos de culpa e incertidumbre. **Conclusiones:** Los resultados permiten conocer cómo las vivencias en torno al Chagas durante el proceso de atención están atravesadas por prejuicios y una gestión negativa de la información hacia las personas entrevistadas, que se traduce en vulneración de derechos retrasando, o incluso impidiendo, un diagnóstico oportuno.

**Palabras clave:** Enfermedad de Chagas; Embarazo; Transmisión Vertical de Enfermedad Infecciosa; Derecho a la Salud

**Ab**

### ABSTRACT

**Introduction:** In Argentina, Chagas disease affects more than 1.5 million people, and serious operative and institutional failures persist that result in the omission of mandatory testing for most pregnant individuals and loss to follow-up among newborns. These problems are exacerbated by prejudice and stereotyped representations of healthcare workers that associate Chagas with marginality, creating barriers to healthcare access that stigmatize affected individuals. This study provides a first approach to the experiences of pregnant individuals during care processes related to the vertical transmission of *Trypanosoma cruzi* following the enactment of National Law No. 26,281 (2007). More specifically, it aims to identify the subjective effects of healthcare encounters on people and, indirectly through participants' accounts, to describe professionals' practices and perceptions regarding the diagnosis and treatment of Chagas prevention. **Method:** This qualitative, exploratory study consisted of semi-structured interviews conducted virtually during 2024 with participants who, during their care trajectories, engaged with the civil society organization “¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?”, and the National Institute of Parasitology “Dr. Mario Fatała Chaben” of the National Administration of Health Laboratories and Institutions (ANLIS). **Results and discussion:** In this initial approach, six individuals were interviewed, all of whom held university degrees and lived in large cities. Five received care in private practices through union-based health insurance plans, while one received care through two different private health insurance schemes during their pregnancies. All participants shared negative experiences that brought them into contact with the institutions mentioned above. Two main themes emerged. First, the persistence of assumptions derived from classical epidemiology among healthcare teams—particularly the distinction between “endemic” and “non-endemic” areas in ways that disregard social and historical contexts—was expressed in stereotypes and prejudice translated in the denial to access to diagnosis services, and even treatment, for pregnant individuals and their children. Second, management of information emerged as a sensitive aspect of care experiences, with engagement with civil society organizations and teams functioning as a protective process against rights violations and serving as a key reference point throughout a *sui generis* process of self-care. These findings suggest that, alongside barriers to access, participants experienced processes of subjectivation associated with feelings of guilt and uncertainty. **Conclusions:** The results provide insight into how the participants' experiences related to Chagas disease during the care process are marked by prejudice and poor information management, resulting in a violation of rights that delay—or even prevent—timely diagnosis.

**Keywords:** Chagas Disease; Pregnancy; Infectious Disease Transmission, Vertical; Right to Health

# In

## INTRODUCCIÓN

El Chagas es una infección provocada por el parásito *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) que afecta entre 6 y 7 millones de personas a nivel mundial (1) y, al menos, a 1.500.000 en Argentina (2). Los movimientos migratorios, el cambio climático y las vías de transmisión vigentes, determinan al problema como rural y urbano, americano y global, estimando que dos tercios de las personas que tienen Chagas viven en ciudades (3,4).

Las principales vías de transmisión en Argentina son vectorial (a través de los insectos conocidos como “vinchucas”) y vertical (durante la gestación o parto). Estimaciones del 2014 registran una seroprevalencia en gestantes del 2,6%, con una tasa de infección vertical del 5,7% (5).

En 2007, el país sancionó la Ley N° 26.281 para la prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas. En su art. 4 determina que: “Es obligatoria la realización y notificación de las pruebas diagnósticas establecidas según Normas Técnicas del Ministerio de Salud, en toda mujer embarazada, en los recién nacidos hijos de madres infectadas hasta el primer año de vida” (6). Sin embargo, Echeverría (7) observó que de 8.177.468 nacidos vivos (NV) registrados entre 2007 y 2017, solo 2.063.053 de embarazadas fueron testeadas para *T. cruzi*, omitiéndose un 75% de testeos; y, en el mismo periodo, 62.493 gestantes fueron diagnosticadas positivas, pero solo se notificó al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) el estudio de 14.232 recién NV, omitiendo a un 77,23% (7). Asimismo, en relación con los NV, entre 2019 y 2021, la pérdida de seguimiento de casos reportados ascendió al 80%; en ninguno de ellos se pudo confirmar ni descartar la infección (8). Todo esto evidencia la vulnerabilidad asociada a la gestión de las intervenciones sanitarias que deberían garantizar el cumplimiento de la ley (9), es decir, da cuenta de las fallas operativas o de cómo las formas de compromiso, gestión y recursos de las instituciones de salud influyen en la susceptibilidad de las personas a enfermar, al erigir barreras de acceso a los cuidados efectivos.

# Mt

## METODOLOGÍA

Se realizaron seis entrevistas durante el 2024 siguiendo un muestreo por saturación de datos, al comprobar la recurrencia en los testimonios respecto a los patrones de atención deficitaria. El instrumento de recolección de datos elegido fue la entrevista semiestructurada, ya que permite captar los procesos subjetivos y las experiencias. Con una estrategia cualitativa y exploratoria, desde el punto de vista del actor (10), en una muestra no probabilística de selección intencional, se analizaron las siguientes dimensiones:

Entre otros procesos, las representaciones estereotipadas de los equipos de salud ofician como barreras de accesibilidad (9,10). Una investigación realizada en Buenos Aires (11) evidenció prejuicios y estereotipos acerca del Chagas y las personas afectadas, asociando el problema a “marginalidad” caracterizada por pobreza económica, aspectos culturales, modo de vida rural, pertenencia geográfica y falta de acceso a recursos básicos que perpetúan, en términos de Pastorino (12), la culpabilización y estigmatización. Diversos estudios analizaron las representaciones y experiencias en Chagas en grupos sociales específicos en Argentina y otros países (13-18). En particular, dos investigaciones en Chile indagan cómo la desinformación, significados asociados a la enfermedad y la comunicación de los equipos de salud, resultan determinantes de la atención, junto con el temor y culpa experimentada por mujeres y donantes de sangre (17,18).

Las preguntas-problema que guían este estudio exploratorio son: ¿cómo vivencian, comprenden y agencian las personas gestantes o con capacidad de gestar los procesos de salud-enfermedad-(auto) atención-cuidados (10,19) en torno al Chagas? ¿Cómo influyen las representaciones del equipo de salud puestas en juego durante los procesos de atención en estas vivencias?

El objetivo general es realizar una primera aproximación que permita conocer las vivencias de personas gestantes durante los procesos de atención en relación con la transmisión vertical del *T. cruzi*, luego de sancionada la Ley N° 26.281 en Argentina en 2007, específicamente durante el año 2024. Este estudio busca identificar los efectos subjetivos que generan las situaciones en consulta en las personas y, de modo indirecto a partir de las vivencias de las entrevistadas, describir prácticas y percepciones de las y los profesionales actuantes en torno al diagnóstico y tratamiento para la prevención del Chagas.

encuadre de procesos de atención; vinculación previa al tema; emociones y vivencias historizadas en cada gesta. El análisis, contextualizado en la normativa nacional vigente y centrado en el nivel microsociológico de interacción entre entrevistadas y profesionales, se enmarcó en la epidemiología sociocultural y crítica (10, 20). Teniendo en consideración las limitaciones de este tipo de estudios (21), no se pretendió realizar generalizaciones, sino estudiar en profundidad aquellas experiencias en la singularidad de

cada vivencia dentro de un propósito mayor: visibilizar la vulneración de derechos para acumular información tendiente a generar recomendaciones, mejorar la calidad de los servicios y reducir la morbilidad del Chagas en Argentina.

### Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Parasitología (INP) “Dr. Mario Fatała Chaben” (ANLIS). Se obtuvo consentimiento informado previo a la realización de las entrevistas en el que se explicitó el propósito del trabajo garantizando confidencialidad mediante anonimización.

### Resultados y discusión

Al momento de las entrevistas, las seis personas incluidas en el trabajo eran universitarias y habían transitado procesos de atención durante la gestación en encuadres diferentes al del subsector público: cinco se atendieron en consultorios particulares que realizan prestaciones a obras sociales y una transitó su itinerario en dos coberturas de carácter privado (22). La Tabla N° 1 resume datos generales de las entrevistadas.

**Tabla N° 1:** Descripción de la muestra

Entrevista	Provincia de residencia (Argentina)	Edad	N° gestas	Profesión	Nombre ficticio	Tipo de cobertura médico-asistencial	Resultado serológico de Chagas
1	Mendoza	44	2	Médica Veterinaria	P1	Médico particular prestador de OS OSEP (OS de Empleados Públicos)	Negativo
2	Provincia Buenos Aires (PBA)	37	2	Contadora Pública	P2	Médico particular prestador de OS IOMA (OS de PBA)	Positivo
3	Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA)	39	2	Licenciada en Trabajo Social	P3	Médico particular prestador de OS Unión Personal (OS de trabajadores de la administración pública nacional)	Negativo
4	PBA	37	2	Licenciada en Trabajo Social	P4	Médico particular prestador de OS del Sindicato de Petroleros -OSPE (pertenece al sector educación y cambió de OSDOP a OSPE)	Negativo
5	PBA	51	3	Médica Infectóloga	P5	Médico particular prestador de OS IOMA (OS de PBA)	Negativo
6	CABA	41	2	Técnica en Relaciones del Trabajo	P6	Primera cobertura Medicina Privada SANCOR SALUD Segunda cobertura en mismo proceso de atención Medicina Privada HOSPITAL ITALIANO	Positivo

**Fuente:** Elaboración propia.

Las experiencias durante la gestación en relación con las prácticas médicas fueron vivenciadas como negativas por las protagonistas y el tránsito por diversos espacios de consulta generó situaciones que dejaron huellas. En todos los casos, la problematización de las situaciones vivenciadas en las consultas fue posible por las redes de socialización, donde las entrevistadas conocieron sobre el tema por vinculación previa con el Grupo “¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?” o por su relación con la salud pública al intervenir el INP en algún punto crítico del proceso de atención como centro de mayor complejidad. “¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?”, es un grupo compuesto por personas con diversas trayectorias y pertenencias institucionales que busca promover el abordaje integral del Chagas en diferentes contextos comunitarios y educativos (escuelas, museos, ferias, plazas, universidades, organizaciones sociales, entre otros). En estos escenarios, realiza intervenciones de educación y promoción de la salud, así como acciones de prevención y sensibilización frente a esta problemática compleja.

### No me lo pidieron antes...

Para garantizar su diagnóstico de Chagas, P2 contactó al centro de referencia y recibió un acompañamiento del equipo para el proceso de tratamiento. En su contexto de vida, y frente a la debilidad institucional, destacan sus trayectorias de autoatención (10); lo que debería haber hecho el sistema lo cubrió ella activamente. Se observa, por ejemplo, la vacancia de su médica respecto al tratamiento:

*“(...) ha llegado hasta googlear adelante mío, la cantidad de pastillas que yo tenía que tomar de Nifurtimox (...) y ahí le volví a preguntar a M. [médica infectóloga del INP]” (P2, 2024).*

Además, traza procesos de referencia y contrareferencia (ella se comunicó con INP para asesorar a su médica). No hay enojo en su relato, sino una naturalización cuando reflexiona que “le queda por aprender mucho” e incertidumbre acerca de los controles postratamiento. Su actitud es activa y resulta inteligible en clave de exigibilidad de derechos; ante la indagación sobre el eventual pedido del estudio antes de la gestación, advierte:

*“No me lo pidieron antes (...) antes de buscar al bebé quería quedarme tranquila que estuviese todo bien, todo sano, así que fui con mi médico ginecólogo y le dije pedime todos los análisis, como si ya estuviese embarazada para buscar yo tranquila y esto no lo pidió porque no es algo que consideren necesario, antes de buscar un bebé que hubiese estado bueno también saberlo, yo en ese momento me había enojado con mi ginecólogo. Hasta dejé de ir, me he cambiado a otro (...) fui y le pedí que me haga todo y esto no, no, no estaba digamos en los planes que salte positiva” (P2, 2024).*

### ¿Por qué no me pedís Chagas?

Los itinerarios de atención se alejaron del cuidado cuando

algún acontecimiento fue vivido como disruptivo. Todas las entrevistadas comparten un acercamiento previo al tema. Las que tenían vínculo con equipos de salud que trabajan en Chagas identificaron la falta de oferta del estudio cuando las normas de salud pública lo establecen.

Expresaron enojo, frustración e indignación por la barrera de acceso y por los motivos del equipo de salud que no son clínicos ni epidemiológicos, sino basados en prejuicios. En el caso de P4, por trayectoria y perfil profesional, utiliza herramientas en su demanda activa a la obra social, reclamando el diagnóstico de Chagas y defendiendo una ideología sanitaria centrada en derechos:

*“Encontramos un equipo que nos advirtió que había alguna posibilidad de que no nos cubriera algunas cuestiones de laboratorio (...) ahí nos nombró Chagas y creo que sífilis, eran tres los que no cubrían (...) y ahí lo que me dijo de Chagas que como que si tenía que priorizar qué pagar priorice la Toxo (...) del Chagas me dijo es que si yo no circulaba por la zona del hipódromo en la ciudad o no había hecho viajes al norte (...) que no lo tome como prioridad” (P4, 2024).*

Se observaron en su relato dos aspectos críticos: la obra social que intentó cobrarle estudios cubiertos por ley nacional y la restricción “geográfica” (limitada a un barrio de la ciudad o al norte del país, sin justificación epidemiológica) para sospechar un posible diagnóstico positivo para Chagas.

También, es un caso que muestra las diferencias entre el enfoque clásico de epidemiología y uno centrado en derechos. Más adelante, comenta las aclaraciones que recibió de una amiga que integra la Organización de la Sociedad Civil (OSC) mencionada:

*“Lo podés adquirir, contraer en cualquier lugar. No tiene que ver una zona, me hizo toda la explicación, y la importancia de detectarlo a tiempo y yo tengo la posibilidad y lo pagué. Pero en ese momento mi reacción fue ir contra la obra social, que le mandé un par de mails diciendo de la importancia y que tendría que estar cubierta (...)” (P4, 2024).*

Se observaron dos contratendencias en su situación en consulta, donde una prevalece sobre la otra: como proceso protector, la vinculación con una OSC que aborda Chagas le permite problematizar la vulneración de derechos en el acceso al diagnóstico y, además, cuestionar los subsectores de salud y la responsabilidad en el cumplimiento de tales derechos. Paralelamente, por su capacidad de pago, igualmente accede a abonar la prestación en su obra social, es decir, el proceso protector de su red vincular no logra superar a la lógica mercantil y desarmar el discurso institucional de pagar u optar entre estudios que deberían estar garantizados por normativa nacional. Esta intersección de capacidad de pago/naturalización en los “consumos” de salud, refuerza la tendencia a no realizar estudios en los subsectores privados/prestadores particulares e, incluso, a realizar estudios fuera del algoritmo oficial (en su caso, además, solo realizaron una técnica diagnóstica).

Por su parte P1, la única entrevistada que vive en una zona con transmisión vectorial activa, también logró identificar la falta de oferta diagnóstica basada en prejuicios:

*"Puede que en la parte pública lo pidieran, pero en la parte privada no, puede tener un sesgo de percepción de que en la parte pública habría más posibilidades de que la gente tuviera Chagas y que en la parte privada no, porque es privada, [...] no sé bien por qué es que no lo pedían a lo mejor, también porque su formación fue (...) son personas grandes y (...) de más de 60" (P1, 2024).*

Se observó frustración y enojo en las entrevistadas que saben que su médico/a debía solicitar los estudios y no lo hizo:

*"Tuve muchos controles, tampoco me pedía análisis de Chagas y ahí le pregunté, digo: '¿por qué no me pedís Chagas?' [discurso referido]. Entonces me dijo: 'pero si vos no vivís en un rancho... vivís en una casa bien, no hay vinchucas en tu casa, vos despreocupate que no hay Chagas...' [discurso referido] (...) fue como un cachetón fuerte y una decepción y le dije: 'no me importa, la ley lo dice, por favor, pedímelo' [golpea en la mesa representando el momento de solicitud del diagnóstico], 'no, no hinchés, no te voy a pedir Chagas porque no es necesario' [discurso referido], le digo: 'mira yo analizo vinchucas todos los días te lo pido, aunque sea por eso hacelo, porque yo estoy en riesgo analizando vinchucas' [discurso referido], '¿vos analizás vinchucas?' [discurso referido] 'bueno, está bien, por eso te lo voy a pedir' y ahí me pidió el análisis de Chagas, me fui ofuscadísima, ni hablar que después cambié de ginecólogo" (P1, 2024).*

P3 también comparte observaciones sobre el proceso de atención y la relación con ofrecer o no el estudio de Chagas durante el embarazo:

*"(...) y cuando leo la serología y faltaba la de Chagas, y ahí ya sabía, entonces le dije 'me falta el estudio de Chagas'. Levantó la vista, se largó a reír y me dijo 'sos pampeana y tenés ojos verdes...' [discurso referido] me dijo así... (...) yo lo dimensioné mucho tiempo después (...)" (P3, 2024).*

Además, P3 fue testigo de expresiones discriminatorias ligadas a estereotipos, por las cuales su médico solicitaba el estudio de Chagas a población del subsector público y no en su consultorio privado:

*"(...) para mí el encuadre institucional varía mucho (...) porque este consultorio está ubicado en el centro de Recoleta (...) él atendía en el Hospital X [Hospital General de Agudos del subsector público] (...) tenía muy marcado la población que atendía en el Hospital X a la población que atendía en su consultorio privado (...)" (P3, 2024).*

Como médica de un hospital público en CABA, P5 analiza Chagas desde un lenguaje clínico y raciocinio epidemiológico (23), contemplando las condiciones laborales del personal de salud, vinculándolo con su experiencia personal de tres embarazos:

*"La problemática Chagas no fue abordada en alguno de esos embarazos y como potencial parte del control de salud, sí me ofreció poder testear y no se me ofreció información, lo cual era lógico porque yo era infectóloga, se suponía que yo sabía sobre eso, pero tampoco se ofreció [el diagnóstico] en algunos de esos, insisto porque el sistema salud fue heterogéneo en algunos de ellos, sí se asumió que yo no podía tener contacto con esa enfermedad ¿sí? y también en algunos de esos embarazos no se investigó antecedentes, ni de dónde eran ni mi madre ni mi abuela ni generaciones previas" (P5, 2024).*

Las narrativas, leídas desde los aportes de la epidemiología crítica, permiten analizar la relación histórico-social con los territorios (20) y evidencian los límites del enfoque clásico frente a la determinación social de la salud. Esto permite superar dicotomías como urbano-rural o área endémica/no endémica, aún presentes en el imaginario asistencial de estos relatos y, como sostienen Sanmartino et al. (11), problematizarlas evidencia los marcos ideológicos de abordaje de los procesos salud-enfermedad. Estas representaciones se traducen en prácticas como la omisión del análisis, negar/minimizar el tema asociándolo a conceptos de tríada epidemiológica, racismo y asimetría en la vinculación persona-equipo y permite identificar las formas en que actúa la vulnerabilidad programática (9). Estos casos podrían caracterizarse como de un perfil de autoatención sui generis donde redes primarias diversas que incluyen familiares, amistades y profesionales vinculados a la OSC, sostienen los itinerarios de atención.

### Me sentí primero culpable

El encuentro médico-paciente en la consulta ofrece la oportunidad para: a) restituir el derecho a comprender las causas y pronósticos del Chagas, logrando una consulta reparadora, cuidadora y promotora de autonomía; b) reconocer las experiencias de discriminación y violencia en mujeres y disidencias. Esto destaca la gestión de la información como clave para la evaluación de la atención sanitaria:

*"La información siempre es poder y cuando uno está en manos de un profesional y hace lo que el profesional dice, digamos, perdió la capacidad de tener criterios sobre su propia realidad y de poder decidir sobre su propia gestación, su propio cuerpo, el cuidado de su hijo y etcétera, (...) es el modelo médico hegemónico y el poder de ese profesional que te dice el qué, el cómo (...) confiás en el que tenés ahí adelante, y que si estás ahí es porque creés que es un buen profesional y va a atender bien a tus hijos" (P4, 2024).*

Por su parte, P6 destacó la negación médica de su deseo de maternidad, priorizando el tratamiento contra la transmisión vertical del *T. cruzi* sobre su voluntad (24):

*"Me dijo es que ya tenía que dejar de buscar porque tenía que hacer un tratamiento bastante invasivo y no me dio*

*más explicación. Me dijo tenés que dejar ya de buscar sí o sí y hacer tratamiento de Chagas. Y le dije, pero yo estoy buscando hace dos años (...) tratamiento creo que eran dos o tres meses y le dije que no (...) no quería perder más tiempo con mi búsqueda de mi hijo porque en una persona de 40, en ese momento 39, buscar un hijo era complicado y tres meses ya era un montón" (P6, 2024).*

La entrevistada encontró en el dispositivo de consejería del INP un espacio de escucha activa donde se evacuaron dudas y se abordó el impacto subjetivo que produjo la consulta previa:

*"Me contaron bien la información, una chica (...) sentía primero que me iba a morir más o menos (...) Pensé que me voy a morir y nada, dije ¿qué onda lo que tengo? Primero dónde, cuándo, cómo puede ser (...) me sentí primero culpable, te azotás, porque si fui a contagiar a mi hijo de Chagas iba a morir de un ataque al corazón" (P6, 2024).*

En las entrevistas, se destacó la culpa asociada a la posibilidad de que su descendencia pueda recibir un resultado reactivo de *T. cruzi*:

*"Todas las serologías son un momento muy tenso, porque no por el diagnóstico de uno, lo que se pone en juego es para esa mujer que está gestando es la posibilidad de transmitirlo a su bebé, cualquiera de las serologías te pueden salir positivas Chagas, HIV, sífilis, pero lo que está en juego en ese momento, lo digo como profesional que trabaja eso, pero también como mujer que pasé por dos embarazos, está en juego esa culpa de poder (...) que te dé positivo y esa posibilidad de transmitírselo (...) a un hijo" (P3, 2024).*

Las vivencias de las entrevistadas revelaron dos núcleos claves en línea con Avaria y Plaza (18), en su caso sobre una base de 54 entrevistadas: la gestión de la información como aspecto sensible en la evaluación de la atención, y la distribución territorial de las experiencias negativas, especialmente en áreas metropolitanas con (aparente) menor exposición al Chagas. Respecto al primero, los hallazgos de esta investigación son compatibles: desde el INP se busca un espacio de devolución de resultados, socialización de información que fortalezca la autonomía desde una perspectiva de género e interculturalidad (25). Sobre el segundo, la presente muestra intencional sugiere como hipótesis a explorar en futuros estudios un desacople entre el alcance de la temática y la capacidad de los equipos de salud -que actúan por fuera de los sistemas públicos- en grandes ciudades sin presencia vectorial histórica.

## Cn

### CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos a partir de los relatos explorados permiten una primera aproximación para cartografiar experiencias donde se vulneran derechos durante los procesos de atención. Se revelan como experiencias de (des)atención, donde los relatos sugieren la presencia de prácticas atravesadas por sesgos clasistas racistas y patriarcales en los equipos de salud, que actúan como barreras para el diagnóstico y tratamiento y evidencian la necesidad de profundizar en el camino de indagación iniciado.

La muestra, con cobertura privada u obra social, reflejó un perfil epidemiológico donde la autoatención sui generis a partir de la vinculación con la Organización de la Sociedad Civil y el Instituto Nacional de Parasitología opera como proceso protector ante la vulneración de derechos, incluyendo el uso crítico de información oficial y la posibilidad de vincularse con otros profesionales.

Los hallazgos ofician como punto de partida para futuras investigaciones y como insumo para la formación de los equipos, en perspectiva de bregar por la ponderación de estos elementos en la actualización de Guías de Práctica Clínica con enfoque de género, derechos e interculturalidad. Asimismo, perspectivas como la adoptada permiten explorar el impacto de las

representaciones estereotipadas en los equipos como aspecto clave de la vulnerabilidad programática. Estas coordenadas resultan un avance para la construcción de un mapa prospectivo de las agendas de investigación-intervención, como observatorio en tiempo real de procesos de desatención y vulneración de derechos.

**Autoras y autores  
no manifiestan conflictos de interés.**

# RB

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Organización Mundial de la Salud. Enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana) [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-\(american-trypanosomiasis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chagas-disease-(american-trypanosomiasis))
- Lloveras S. Chagas: hacia el diagnóstico y tratamiento oportuno de las personas afectadas. ASEI [Internet]. 2022 [Acceso dic. 2024];30(109). Disponible en: <https://doi.org/10.52226/revista.v30i109.144>
- Avaria A, Ventura-García L, Sanmartino M, Van der Laet C. Population movements, borders, and Chagas disease. Mem Inst Oswaldo Cruz [Internet]. 2022 [Acceso dic. 2024];117:e210151. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0074-02760210151>
- Coura J, Viñas P. Chagas disease: a new worldwide challenge. Nature [Internet]. 2010 [Acceso dic. 2024];465(7301 Suppl):S6-S7. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nature09221>
- Danesi E, Codebó MO, Sosa-Estani S. Transmisión congénita de *Trypanosoma cruzi* argentina 2002-2014. Medicina (B Aires) [Internet]. 2019 [Acceso dic. 2024];79(2):81-9. Disponible en: <https://www.medicinabuenosaires.com/indices-de-2010-a-2019/volumen-79-ano-2019-no-2-indice/transmision-congenita-de-trypanosoma-cruzi/>
- Argentina. Poder Legislativo Nacional. Ley 26.281. Ley de prevención y control de todas las formas de transmisión de la enfermedad de Chagas, hasta su definitiva erradicación de todo el territorio nacional. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 5 de Sep 2007. [Acceso dic. 2024]; 31.233. Disponible en: <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/pdf/11447.pdf>
- Echeverría P. Una mirada bioética de la problemática del Chagas congénito en Argentina [tesis de maestría]. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2007.
- Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022. 616 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://iah.msal.gov.ar/doc/717.pdf>
- Ayres JR, Paiva V, França I. De la historia natural de la enfermedad a la vulnerabilidad. Conceptos y prácticas en transformación en la salud pública contemporánea. En: En: Capriati AJ, compilador. Prevención, promoción y cuidado: enfoques de vulnerabilidad y derechos humanos [Internet]. 1a ed. Temperley: Alejandro José Capriati; 2018. [Acceso dic. 2024]. p. 35-64. Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/160906/CONICET\\_Digital\\_Nro.b4a666be-9956-4edf-a49e-6eb1a465b332\\_D.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/160906/CONICET_Digital_Nro.b4a666be-9956-4edf-a49e-6eb1a465b332_D.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Menéndez EL. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. Reg Soc [Internet]. 2008 [Acceso dic. 2024];20(2 Esp):5-50. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v20nspe2/v20nspe2a2.pdf>
- Sanmartino M, Amieva C, Medone P. Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina. Glob Health Promot [Internet]. 2018 [Acceso dic. 2024];25(3):102-110. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/1757975916677189>
- Pastorino IC. La problemática de Chagas en la formación de profesionales de Ciencias Biomédicas de la Universidad Nacional de Río Cuarto: estudio de concepciones y prácticas [tesis doctoral]. Córdoba: Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba; 2021.
- Risech E. La discriminación laboral de personas enfermas: el caso del chagas. En: 5º Congreso Nacional de Estudios del Trabajo [Internet]; 1-3 ago 2001; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: ASET; 2001 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://aset.org.ar/congresos-antiores/5/titulo.html>
- Sanmartino M, Avaria A, Gómez i Prat J, Parada MC, Albajar-Viñas P. Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas. Interface (Botucatu) [Internet]. 2015 [Acceso dic. 2024];19(55):1063-75. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/88063>
- López SM, Salomón OD. Conocimiento, percepción y actitud sobre la enfermedad de Chagas en un centro de referencia urbano. Rev Patol Trop [Internet]. 2015 [Acceso dic. 2024]; 44(4): 409-22. Disponible en: <https://doi.org/10.5216/rpt.v44i4.39228>
- López SM, Hernández Vásquez Y, Riarte A. La enfermedad de Chagas, una perspectiva psicosocial. Cienc Invest [Internet]. 2002 [Acceso dic. 2024];72(3):14-23. Disponible en: <https://aargentiniapciencias.org/wp-content/uploads/2022/08/Revista-Cel72-3.pdf>
- Garrido Cabezas N, Avaria A. Sentimientos y emociones presentes en las experiencias de mujeres gestantes y donantes con Chagas en Chile. Enferm (Montevideo) [Internet]. 2022 [Acceso dic. 2024];11(2): e2901. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2393-66062022000201214](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062022000201214)
- Avaria A, Plaza C. Health experiences of pregnant and women with chagas disease in the Atacama, Tarapaca, and Metropolitan regions of Chile. Mistreatment as an indicator of healthcare barriers. PLoS One [Internet]. 2024; [Acceso dic. 2024] 19(11):e0313498. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0313498>
- Merhy EE. Cartografía del trabajo vivo [Internet]. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2021 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/24>
- Breilh J. Epidemiología crítica y la salud de los pueblos: ciencia ética y valiente en una civilización malsana [Internet]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar; 2023 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/9720/1/Breilh%20-%20Epidemiologia%20critica%20y%20salud%20de%20los%20pueblos.pdf>
- Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2012 [Acceso dic. 2024];17(3):613-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
- Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. Salud Pública Méx [Internet]. 2011 [Acceso dic. 2024];53(Suppl 2):S96-S109. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800006&lng=es)
- Almeida Filho N. Epidemiología sin números: una introducción crítica a la ciencia epidemiológica [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1992 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3108/Epidemiologia%20sin%20numeros.pdf?sequence=1>

24. Oviedo D. Madre no hay una sola: experiencias diversas de maternidades en la etapa de puerperio Con X [Internet]. 2016 [Acceso dic. 2024];(2). Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/57760>
25. Gieco AL, Basilio M. La Pandemia como condición de posibilidad: proceso de gestión de una nueva área de promoción y cuidados en una tradicional área biologicista del gobierno de “lo sanitario”. En: XIV Jornadas de Sociología [Internet]; 1-5 nov 2021; Buenos Aires, Argentina. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2021 [Acceso dic. 2024]. Disponible en: <https://cdsa.academica.org/000-074/578.pdf>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

**Cómo citar este artículo:**

Gieco AL, Peyran P, Coman AV, Sanmartino M, Santini MS. Gestación y Chagas: sesgos clínicos en la atención de seis casos en Argentina luego de sancionada la Ley N.º 26.281. Salud Publica [Internet]. 2026 Jun [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.