

ARTÍCULOS ORIGINALES

CONTRIBUCIÓN DE LA ANTROPOLOGÍA A LA COMPRENSIÓN ECOEPIDEMIOLÓGICA DE UN BROTE DE LEISHMANIASIS TEGUMENTARIA AMERICANA EN LAS "2.000 HECTÁREAS", PUERTO IGUAZÚ, ARGENTINA

Contribution of social anthropology to ecoepidemiological comprehension of an American Tegumentary Leishmaniasis outbreak at "2.000 ha", Iguazú, Argentina

ANDREA MASTRANGELO¹, DANIEL SALOMÓN²

RESUMEN. INTRODUCCIÓN. Se trata de una investigación ecoepidemiológica que aplica métodos y teorías de la antropología social para comprender la relación hombre-ambiente en ocasión de un brote epidémico de Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA) en 2004. **OBJETIVOS:** estudio micro social que se propone indagar en la contribución que puede hacer la antropología social al enfoque ecoepidemiológico, a partir del conocimiento de prácticas y representaciones sociales de los pobladores locales sobre la enfermedad. **MÉTODO:** el método se diseñó a partir de un análisis crítico de artículos publicados recientemente sobre aspectos sociales de la LTA en la región. Consistió en dos etapas: 1) Entrevistas en profundidad (informantes clave, enfermos de LTA y residentes en el barrio rural "2.000 ha") y observación participante (Feria Franca). 2) Entrevista semi-estructurada aplicada a todas las unidades domésticas ubicadas a menos de 300 m del borde que separa "2.000 ha" de una reserva natural selvática. **RESULTADOS:** el lugar de estudio fue colonizado espontánea y conflictivamente. La transmisión prevaleció por contacto con vegetación primaria. Sin embargo, los productores organizados refirieron mayoritariamente al origen urbano de la enfermedad. Entre quienes residen en el límite con la selva, el 18% atribuyó el origen de la enfermedad al monte y un insecto, pero se representan viviendo en un espacio libre de riesgo (aun cuando el 77% mora a menos de 100 m de la reserva). **CONCLUSIONES:** la información social recabada se considera crítica para planificar acciones de prevención, vigilancia y control con participación comunitaria.

ABSTRACT. INTRODUCTION: The human-environment understanding in a American Tegumentary Leishmaniasis (ATL) outbreak was approached both from the field methods and the theory of social anthropology. **OBJECTIVE:** this micro-social research on local inhabitants practices and representations about illness was analyzed to inquire about the social anthropology contribution to ecoepidemiological studies. **METHOD:** the field design was based on a critical analysis of recently published papers about ATL in Latin America. It was developed in two stages. 1) In deep interviews with cue informants (public health and ATL and patients) and participant observation (local market). 2) semi-structured interview to all domestic units settled less than 300 m "2.000 ha" from the natural reserve border. **RESULTS:** "2.000 ha" is a chaotic and controversial settlement. Disease transmission prevails by contact with primary forest. In spite of this, among farmers gathered by rural projects, the urban origin of the disease was the prevalent idea. Among the people settled in the forest edge, 18% involved the forest and an insect with ATL origin, but they represented themselves living in a risk free area (77% living less than 100 m from the forest). **CONCLUSIONS:** The information obtained is critical to design participative strategies of surveillance and control.

PALABRAS CLAVE: Leishmaniasis cutánea - Ecoepidemiología - Antropología - Prevención

KEY WORDS: Cutaneous leishmaniasis - Ecoepidemiology - Anthropology - Prevention

¹ Universidad Nacional de Misiones. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET)

² Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación de Endemo-Epidemias (CeNDIE). ANLIS - Ministerio de Salud de la Nación. CONICET

FUENTES DE FINANCIAMIENTO: PICT 676/2006. Fundación Mundo Sano (Sede Iguazú).

FECHA DE RECEPCIÓN: 16 de junio de 2010

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15 de septiembre de 2010

CORRESPONDENCIA A:

Andrea Verónica Mastrangelo

Correo electrónico: andreaveronicamastrangelo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

El incremento en la incidencia de leishmaniasis registrado en las últimas décadas, particularmente de la leishmaniasis tegumentaria americana (LTA), ha sido explicado por los cambios en los factores ambientales y biológicos de riesgo, tales como la irrupción antrópica en el ciclo zoonótico, el establecimiento de insectos vectores en el ámbito peridoméstico, el incremento de individuos susceptibles y el hacinamiento de poblaciones vulnerables en procesos de urbanización desordenada.^{1,2,3,4,5,6} De esta manera, la probabilidad y dinámica de contacto del humano con el vector y los eventos epidémicos quedan contextualizados en el paisaje.

A diferencia de este abordaje, la ecoepidemiología

Rev Argent Salud Pública; 2010; 1(4):6-13.

ofrece un enfoque multinivel territorialmente situado, que además ha constituido un marco teórico adecuado para los estudios de LTA orientados a desarrollar estrategias de control de la enfermedad. Paradigma superador de la crítica que la antropología médica latinoamericana realizó al definir el Modelo Médico Hegemónico y la epidemiología clásica de fines del siglo XX,^{7,8,9} la ecoepidemiología resulta un modelo epistemológico apto para la producción de conocimiento multidisciplinario sobre el proceso Salud-Enfermedad-Atención (SEA), en tanto que fenómeno complejo. Esto ocurre en la medida en que la ecoepidemiología propone integrar conocimientos de diferentes disciplinas científicas, definiendo al ambiente tanto en sus variables físicas como sociales.^{10,11} Esta aproximación, aplicada a los focos de LTA registrados en Argentina desde 1985, permitió categorizar los "escenarios de transmisión" como una cualidad del brote a través de la identificación de transformaciones del ambiente que contribuyeron al aumento de incidencia de la enfermedad. Los escenarios definidos fueron: ciclo selvático-transmisión selvática, ciclo selvático-transmisión peridoméstica, y ciclo peridoméstico-transmisión peridoméstica.^{12,13}

Sin embargo, a pesar de que en sus enunciados la ecoepidemiología pretende dar cuenta de la enfermedad considerando sus múltiples causalidades y niveles de interacción, desde lo molecular a lo político y desde lo simbólico a lo climático,^{10,11} en la práctica, los estudios ecoepidemiológicos usualmente han objetivado al componente humano desde su carácter biológico (susceptibilidad). No obstante, el alcance de la ecoepidemiología puede ampliarse con la instrumentación de métodos y teoría de la antropología social en el terreno. El trabajo de campo de la antropología permite una descripción teorizada de las perspectivas que las poblaciones locales tienen sobre la Salud-Enfermedad-Atención. En este sentido, permite comprender la (re)aparición de enfermedades como un hecho social que relaciona conocimientos sobre el cuerpo, el ambiente y la SEA.

La caracterización de la relación hombre-ambiente en escenarios de transmisión epidémica, como la registrada en 2004 en el departamento de Iguazú (provincia de Misiones, Argentina), resulta central para diseñar estrategias de salud pública en relación con los brotes de LTA con ciclo selvático. Durante esos brotes, la perspectiva epidemiológica permitió identificar los espacios de riesgo, mientras que desde la antropología se determinaron tres grupos sociales que enfermaron: 1) En, Uruguay, varones de 30 años y más, con residencia urbana y periurbana en las localidades de Wanda y Libertad e infectados por contacto con vegetación primaria durante trabajo rural; 2) En el área "2.000 ha", varones, mujeres y niños infectados mientras hacían claros en la selva para instalar sus viviendas y minifundios; y 3) viajeros y turistas que tuvieron acceso a áreas de vegetación primaria y recibieron tratamiento médico fuera del área de estudio.^{16,18,19,20}

Este artículo presenta los resultados de una investiga-

ción antropológica en el segundo de estos tres grupos. El estudio de caso es usado para sistematizar el aporte para la prevención basada en evidencias que posibilita una contribución antropológica al análisis ecoepidemiológico.

El desarrollo de este artículo se estructura en tres secciones: 1) descripción crítica del marco teórico metodológico utilizado, elaborado en base al análisis comparativo de trabajos previos sobre aspectos sociales de LTA; 2) resultados y discusión del método aplicado al caso; y 3) conclusiones integrando conocimiento entre disciplinas.

MÉTODO

DESCRIPCIÓN CRÍTICA DEL MARCO TEÓRICO

Se analizaron 12 artículos, publicados entre 1994 y 2007,¹⁷⁻²⁸ que estudiaron aspectos sociales de la LTA. Para el análisis se consideraron tres ejes: 1) la metodología de indagación de la población objetivo; 2) las teorías sobre los denominados saberes "otros" (no científicos); y 3) la elaboración de programas preventivos basados en evidencias.

1. Metodología de indagación de la población objetivo.

Según la metodología utilizada, se determinaron tres conjuntos:

1a) encuesta cerrada a muestra no probabilística,²¹

1b) abordaje cualitativo, mediante entrevistas abiertas y observación participante en la zona endémica, al azar o por criterios no especificados, a partir de diferenciar entre el conocimiento salud enfermedad atención en perspectiva emic -pacientes- y etic -del sistema científico de salud-,^{18,19,20}

1c) muestra de selección teórica no probabilística, distribuida en el territorio de modo que tenga cobertura de una eco-epi-región.²¹

La técnica de trabajo aplicada se basó en 1b) y 1c). Teniendo en cuenta la composición social (hombres, mujeres y niños), se definió que las unidades de análisis no fueran individuos sino unidades domésticas (UD). Se definieron dos criterios teóricos de muestreo: a) todos los enfermos LTA + con residencia en las "2000 ha", y b) UD ubicadas a menos de 300 metros del borde neto de vegetación primaria de la frontera sur del predio "2.000 ha", en el límite con la Reserva Provincial Puerto Península. Esta elección se fundamenta en que al caracterizar el escenario de transmisión como de ciclo selvático con transmisión selvática, el principal criterio de exposición al riesgo fue el contacto con vegetación primaria.

El trabajo en terreno duró cinco semanas, distribuidas entre febrero y julio de 2007, en las que se realizaron entrevistas en profundidad a informantes clave (presidentes de los barrios, funcionarios municipales, director del hospital, médica y enfermera del puesto de salud, director escuela), observación participante en el mercado rural (Feria Franca) y recopilación de fuentes secundarias (notas de periódico, archivos municipales, hospitalarios). Mediante los registros del hospital se identificó a los

enfermos de LTA entre 2003-2007 con residencia en "2.000 ha". A estos informantes, denominada muestra "a", se les tomaron entrevistas en profundidad grabadas en audio y fotografías y en las que se registraron datos de observación. Posteriormente, durante 17 días entre febrero y julio 2008, se realizó un censo de todas las UD ubicadas en el borde sur del predio (34 casos). A esta muestra, denominada "b", se le aplicó una entrevista abierta y otra semi estructurada registrada en audio y formulario papel, tomando registro fotográfico de datos de observación. A todos los residentes de "2.000 ha" que participaron de la investigación se les pidió consentimiento para la colocación de una trampa de captura de flebotomos en las inmediaciones de su unidad censal. La presentación de los datos resguarda el anonimato de los informantes.

2. Teorías sobre los saberes "otros"

Desde una perspectiva etnográfica, los artículos analizados construyen implícita o explícitamente una teoría sobre los saberes no científicos (denominados saberes otros) sobre la LTA y el interés epidemiológico en caracterizarlos. En este sentido, se observaron cuatro tendencias:

2a) No se menciona la existencia de saberes "otros" o los refieren como "un saber equivocado", sobre el que carece de sentido indagar. Sin embargo, este supuesto condiciona la comprensión del campo, ya que tales saberes permiten evaluar en qué medida los sujetos destinatarios de la prevención ignoran el conocimiento científico de la enfermedad.¹⁷

2b) Validación de eficacia de las prácticas etnomédicas en términos de la medicina alopática, considerando que ambas representan prácticas médicas válidas para diferentes sectores de la sociedad.¹⁹

2c) Aplicación de metodologías cualitativas al objeto de estudio de la epidemiología, lo que permitió complementar la comprensión de las representaciones y prácticas de los sujetos enfermos con la de los sujetos que previenen y curan la LTA.²⁰

2d) Reconoce y valida, con diferentes teorías, la existencia de un sistema de representaciones y prácticas locales sobre la SEA que los sujetos en riesgo estructuran en su paisaje y que se va modificando en base a la experiencia. Estos sistemas de representación conviven con conocimientos biomédicos adecuados, que pueden presentarse resignificados por prácticas y discursos nativos.^{18,21,22,23}

En base a los conceptos analizados en 2b) y 2d), se definió que el universo a indagar está compuesto por sujetos sociales con un sistema de representación particular –emic, no completamente correspondiente con el científico-. En las muestras "a" y "b", antes mencionadas, se caracterizaron cinco aspectos del sistema de representaciones nativas, a saber: los significados que atribuían a la enfermedad, y a sus formas de transmisión y tratamiento; las medidas de prevención y control vectorial, y los eco-ambientes de riesgo de infección de LTA. Además de estos tópicos, se agregaron datos de observación para caracterizar la ecología

de las unidades domésticas (UDs) tales como: distancias entre viviendas y corrales, cantidad de personas que las conforman, días a la semana en que pernoctan en el predio, movilidad entre predios de las "2.000 ha", fuentes de ingreso, origen del agua (consumo y riego) y actividades que implican contacto con la vegetación nativa. En la muestra "a" se realizaron entrevistas abiertas en profundidad y en la "b" se aplicó un formulario semi-estructurado además de la entrevista abierta.

3. Elaboración de programas de prevención basados en evidencias.

Varios artículos analizados proponían la implementación de programas de prevención con participación comunitaria.^{20, 22-26} Algunos de ellos, considerando a la participación como un recurso de bajo costo, que permitía la continuidad de las políticas sanitarias en contextos nacionales de ajuste estructural y privatización,²⁵⁻²⁷ y otros, como un modo de transformar las lógicas de los programas de salud oficiales.²² Esta investigación se orientó tanto a optimizar la eficiencia de la prevención, como a involucrar el conocimiento local sobre la misma.

RESULTADOS

PAISAJE BIOCULTURAL EN "2.000 HA"

Puerto Iguazú es una ciudad emplazada en territorio argentino, cercana a la frontera tripartita entre Paraguay, Brasil y Argentina. "2.000 ha" es el nombre de un suburbio ubicado al sur de esa ciudad. Las tierras que ocupa fueron destinadas a la extracción de maderas nativas por el establecimiento industrial y forestal "Puerto Iguazú". El territorio en cuestión fue administrado por el Ejército Argentino hasta 1990, cuando por aprobación de la Ley Nacional 23.810 fue transferida al municipio para expandir su ejido urbano. Los límites del predio fueron fijados por el Decreto 365/1995. A 20 años de iniciada la colonización, estas tierras todavía son consideradas un espacio de alto valor ecológico.

Si bien existían otras áreas verdes fiscales que podían destinarse a la expansión urbana, los discursos públicos locales (funcionarios públicos, empresarios y medios de prensa) coincidieron en que Iguazú "no podía expandir su trama urbana" pues se encontraba limitada al Oeste por los ríos Paraná e Iguazú y al Este por el Parque Nacional Iguazú, por lo que el lado sur, específicamente el área de las "2.000 ha", era "la única alternativa posible".

Entre los dos censos nacionales de 1991 y 2001, la población urbana de Puerto Iguazú se incrementó en un 12,6%, mientras que la rural decreció 53%. Sin embargo, esta concentración urbana describe de un modo incompleto el paisaje actual de las "2.000 ha". Debe considerarse que la ocupación de ese espacio está signada por la espontaneidad, ya que luego de la cesión al municipio, hubo 10 años de demora y especulación en el "ordenamiento territorial" oficial de las tierras.

En 1998, se diseñó un plan municipal de colonización

(Plan Garay) y se ocupó el barrio Primavera. Entre 2001 y 2002, se toleró el ingreso de algunos ocupantes. En 2003, se registró un pico de ocupaciones durante una campaña para elección de autoridades provinciales. Como resultado de este proceso, se conformó un suburbio ocupado densamente en lotes pequeños (aproximadamente de 10 x 30 m) y distribuidos en manzanas. Esta franja de casi 100 ha comprende cinco barrios, en los que viven cerca de 1.000 familias. Esta zona urbana tiene el mayor índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) del municipio.²⁹

Por otra parte, las 1.900 ha de tierra contiguas, ubicadas al sur del antiguo destacamento policial, se extienden hasta el límite de mensura del predio con la Reserva Provincial Puerto Península, y están ocupadas en lotes más grandes (promedio de 3 ha, no mensuradas ni demarcadas). Este es el sector rural de "2.000 ha", donde los servicios de educación y salud se consiguieron por la gestión de una asociación de vecinos, pero no dispone de provisión de agua tratada ni de energía eléctrica.

Los actores sociales estructurados entre 1998 y 2008 en torno a la ocupación componen siete grupos: G1) Ocupantes urbanos y rurales. Los urbanos cuentan con presidentes de barrios y su principal demanda es el derecho a la tierra como lugar para vivir en el ámbito urbano. Entre los rurales, se destaca la reivindicación del derecho a la tierra como medio de producción. Están organizados en varias asociaciones. G2) Estado y gobiernos municipal y provincial. G3) Se compone de los mediadores entre los decisores políticos y los ocupantes, que logran institucionalidad en el momento de escalada del conflicto por la tierra. Este grupo está conformado por: la Asociación Misionera de Mediación y la Fundación Cambio Democrático, dedicados a la gestión de una "mesa de diálogo" (2004); los técnicos del Plan Social Agropecuario y de Cáritas (Pastoral Social, Diócesis de Puerto Iguazú), como apoyo de la Feria Franca San Benito; y en el plano político, por la formación cívico-política Escuela de Ciudadanía (Cáritas-Pastoral Social) y el Frente Unidos por la Dignidad como partido político de defensa de los derechos de los ocupantes. G4) La Pastoral Social de la diócesis de Puerto Iguazú, que define la ocupación de tierras como acción colectiva contra la exclusión social. G5) Los medios masivos de comunicación que cuando informan identifican a los "ocupantes" como "intrusos", "usurpadores", "depredadores" o "delincuentes", posicionando la acción colectiva en la ilegalidad. G6) Los silentes, que evitan pronunciarse sobre sus intereses. Conforman este grupo los cuidadores de titulares absentistas, los empresarios turísticos locales y la comunidad aborígen Fortín Mbororé, que aunque reside en las "2.000 ha" no fue convocada a la "mesa de diálogo". G7) Los ecologistas que alinearon su discurso tras la Administración de Parques Nacionales. Entre 1998 y 2003, sostuvieron que los ocupantes debían ser expulsados, ya que su acción modificaba condiciones naturales del área de amortiguación del Parque Nacional Iguazú.³⁰

Los actores cuyo objetivo es deslegitimar la ocupación de tierras recurren a la xenofobia ("todos los que reclaman tierras en las "2.000 ha" son paraguayos") y la ilegitimidad ("en las "2.000 ha" tienen tierras las empresas turísticas"). Por su parte, entre los grupos que avalan la ocupación se defiende el derecho a la tierra de grupos de excluidos locales, considerando que 90% de los asentados son de nacionalidad argentina y apenas el 10% procede en igual proporción de Brasil y Paraguay.³⁰ Al momento de escribir este artículo, el conflicto continúa.

ANÁLISIS DE LAS UD Y EL AMBIENTE DOMÉSTICO

Las UD analizadas se caracterizan por ocupar una porción de selva que ha sido rozada y quemada, con una superficie que va desde 50 m² hasta 3-5 ha, y algunas de ellas cuentan con una construcción. La investigación reveló que cuando una ocupación se inicia, el rozado es pequeño y queda armado un toldo con partes de madera o cartón con un fogón y algunos enseres. Esta situación a veces se prolonga, pues se limpia sólo para sembrar y se paga a un cuidador que periódicamente "limpia", pero nadie reside en forma permanente; aunque otras veces se "limpia" sólo para poner colmenas y se instala una casilla para cuidar.

Los distintos tipos de posesión observados en el predio (ocupante titular, chacarero cuidador, cuidador que no reside en el predio) fueron analizados para determinar quienes pasan más tiempo en contacto con vegetación primaria. Se registró que el 56% de las unidades está ocupada por titulares del predio y el 21% a cargo de cuidadores.

Se encontró que el 85% de las unidades censales del borde están recibiendo personas que pasan la noche allí y que podrían infectarse de LTA.

Aun cuando poseen poca tecnología y escasa capitalización, los entrevistados definen a las unidades censales como paisaje antrópico con selva de fondo. Sin embargo, esa relación fondo-figura entre la selva y el lugar humano, no genera distancias significativas entre el monte y las viviendas. El 62% de las habitaciones construidas se ubican entre 10 y 100 m del borde de selva conservada como reserva natural, el 17% está a menos de 10 m y existen 5 viviendas que están a menos de 1 m. Esta representación se vio reafirmada con las respuestas a la pregunta "¿Para qué va al monte?". Independientemente de la distancia del límite de la reserva provincial, sólo un entrevistado reconoció "vivir en el monte", los otros consideraron que "no van al monte" y apenas un 24% reconoció extraer maderas para combustible, construcción o herramientas.

Para evaluar la posibilidad de que el ciclo de transmisión ocurra en el ámbito peridoméstico, se analizó la presencia de corrales en el borde de selva y se encontró que el 64% de las unidades censales cría algún tipo de ganado, de las cuales el 77% están ubicadas a menos de 100 m del borde de vegetación primaria. Por otro lado, debido a la precaria legalidad que rige en este suburbio, sus habitantes prefieren instalar los corrales cerca de las

viviendas para prevenir el robo. De esta forma, la totalidad del ganado criado tiene su corral a menos de 20 m de la habitación principal de la UD.

El 44% de las unidades censadas utilizan la producción de granja, hortícola y apícola orgánica libre de agrotóxicos como fuente de ingresos (autoconsumo, venta como único ingreso o como complemento de salario urbano o rural).

SIGNIFICADOS ATRIBUIDOS A LA ENFERMEDAD

Las entrevistas permitieron caracterizar a los ocupantes como "rururbanos", que son pobladores urbanos o que conservan un empleo urbano y fijan residencia rural. Este dato permite elaborar la hipótesis de que las capacitaciones agrícolas –realizadas por el Plan Social Agropecuario y Pastoral Social para la Feria Franca– forman parte de un proceso de cambio cultural que "ruralizó" o resignificó la experiencia rural anterior.

Un estudio de Martens¹⁹ sobre LTA ha considerado a la enfermedad como construcción semántica. En el área de estudio, la experiencia de vida urbana y los programas de capacitación para pequeños productores en producción "orgánica y libre de agrotóxicos", hicieron que los ocupantes asocien el significado de la vegetación primaria a "lo natural" como utopía de "lo saludable". La selva es "lo natural" que alberga a los remedios, la buena alimentación y la salud. Los testimonios de los informantes dan cuenta de esta representación: "La salud está en la naturaleza. Yo soy reflexóloga, estoy con Salud en manos de la comunidad" de la diócesis. Todo se puede curar con remedios, yuyos" (IR, Feria Franca, 2007). Otro informante, productor de miel orgánica, afirmó que "está claro de dónde viene la enfermedad esa: viene del extranjero. Hay un señor acá que trabaja en el aeropuerto y vive acá, bien en el fondo. Ese y el compadre de C, que trabaja en Cataratas, trajeron la enfermedad (...) y tuvimos la mala suerte (...) dos trajeron la leishmaniasis" (B, 2008). En la lógica de estas representaciones, el origen de la enfermedad se invierte: viene de lo urbano (transfrontera) a la naturaleza y por lo tanto se niega su origen en la vegetación primaria. Así, en oposición a la representación científica, la

LTA se origina en entornos urbanos y corrompe el estado prístino de equilibrio "natural".

De estos conjuntos de representaciones, se desprende que para ellos es inaceptable suponer que una enfermedad tiene origen en la vegetación primaria. Como muestra la Tabla 1, esta representación social, si bien se asocia a la institución que agrupa a los ocupantes, no fue validada como representativa del total del universo censal. Aun así, la LTA es una enfermedad reconocida entre los ocupantes del borde: el 41% de las unidades censales conocían casos de leishmaniasis cutánea en humanos, en tres de ellas había personas en tratamiento. Un 38% describió a la LTA como "una picadura que no sana y va creciendo".

FORMAS DE TRANSMISIÓN DE LA LTA

Un 8% de respuestas a la pregunta ¿De dónde viene la LTA?, la asoció al perro, lo que indicaría tergiversación de información entre LTA y leishmaniasis visceral.

El análisis de la información censal muestra que si bien un 18% atribuye el origen de la enfermedad al monte e incrimina como vector a un "mosquito", localmente llamado "polvorín o carachay", cuando se les preguntó "¿por qué se enfermaron?", sus respuestas lo asociaron a la cercanía del cuerpo con el agua (ir a pescar y pernoctar, la chacra y el río) y no al desmonte de los primeros tiempos de ocupación. En el análisis de paisajes de riesgo, un 29% identificó a la basura doméstica en ámbito rural en primer lugar, sin poder establecer ni un segundo ni un tercer escenario de riesgo relevante.

MOVILIDAD DE LOS OCUPANTES

El primer eje de asentamiento de ocupantes fue el camino de servidumbre de paso de las torres de alta tensión que atraviesa el predio en dirección NO-SE. En 2003, estos habitantes recibieron información sobre los daños a la salud que podría ocasionar la radiación electromagnética y comenzaron a moverse entre predios.

Además de estas mudanzas, a consecuencia de la "mesa de diálogo" se regularizó la tenencia para los ocupantes

TABLA 1. Categorización de las respuestas a la pregunta ¿Por qué cree que se enfermó? en entrevistas a "ocupantes" de "2.000 ha", Puerto Iguazú, Argentina, 2008. (n=34)

Estado de la variable	Frecuencia	%
No sabe	14	41
De la chacra y el río	2	6
Mala suerte	1	3
Del sol	1	3
De la gente que va y viene a Paraguay y Brasil	1	3
De ir a pescar	3	9
Es una enfermedad de los primeros tiempos de la ocupación	2	6
Deshabitado	10	29

Fuente: elaboración propia.

urbanos y, al mismo tiempo, se exacerbó el conflicto con los ocupantes rurales, que comenzaron a ser perseguidos luego del asesinato de su líder, en octubre de 2004. Producto de esta persecución, muchos ocupantes se trasladaron a predios más alejados y otros vendieron las mejoras y abandonaron el lugar.

Otra de las razones de la intensa movilidad de la ocupación hacia zonas de selva es la búsqueda de agua. Un 38% de los censados en el borde de la zona de reserva justificaba la apertura de nuevos rozados para mejorar el aprovisionamiento de agua.

Probablemente, esta movilidad por múltiples causas provocó la apertura de varios frentes simultáneos de desmonte, intensificando el acceso a sectores de selva que se habían mantenido intactos y posibilitando el brote epidémico en 2004.

Respecto a la composición por género y edad del grupo de infectados, la división del trabajo al momento de la instalación y el rozado, se corresponde con el rol activo/pasivo en el ámbito doméstico. Las mujeres actuaron como proveedoras de alimento de la red de allegados que se decidían a ocupar. El caso de las unidades con mujeres jefas de hogar, las estrategias para acceder a los predios fue buscar la colaboración de los varones para la "limpieza gruesa".³⁰ Esto explica que varones y mujeres se hayan infectado indistintamente. Los casos de infección en niños se dieron cuando estos estaban al cuidado de sus madres.

FORMAS DE TRATAMIENTO

Respecto del tratamiento médico de la LTA realizaremos dos consideraciones. Por un lado, se caracterizan las prácticas de auto-atención que realizan los infectados, y por el otro, se describe el efecto semántico del tratamiento alopático de primera línea.

Las entrevistas en profundidad a los ocupantes que padecieron LTA en el brote de 2004 permitieron precisar que las prácticas de auto-atención en salud combinan saberes de la medicina folklórica –basada en hierbas– con el uso de fármacos alopáticos de venta libre. Enfermos y vendedores de herboristería reportaron el uso de *Alternanthera brasiliana*³¹ en infusión –para higienizar la úlcera– y como apósitos –para la cicatrización–; pomada de *Maytenus ilicifolia* para evitar la picazón y ungüento mentolado como cicatrizante. Fue habitual que el tratamiento con antimonio pentavalente sea combinado, por cuenta de los pacientes, con la aplicación de antibiótico de venta libre (cloranfenicol) como tópico cicatrizante.

Por otra parte, respecto al tratamiento médico recomendado en primera línea, la serie de inyectables sustituye a la lesión cutánea como metonimia de la enfermedad. Esto implica que, en la perspectiva del actor, la enfermedad LTA no es la lesión cutánea sino "el tratamiento con inyectables por más de 30 días", y sus complicaciones clínicas.

En cuanto al grado de conocimiento del tratamiento alopático, el 35% de los ocupantes censados sostuvo que la LTA se cura con fármacos, pero sólo el 29% sabía que el tratamiento es suministrado en forma gratuita por el hospital local.

MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

La movilidad entre predios y la migración de retorno al área urbana son características de la ocupación rural que dificultaron el seguimiento médico.

Un 38% de los residentes en el borde de selva reconoció realizar acciones de prevención que varían en un amplio rango de prácticas (Ver Tabla 2).

Las noches de verano fueron el momento de mayor

TABLA 2. Categorización de las respuestas a la pregunta ¿Cuál es su método para prevenir LTA? en entrevistas a "ocupantes" de "2.000 ha", Puerto Iguazú, Argentina, 2008. (n=34)

Estado de la variable	Frecuencia	%
Ninguno	9	26
Haciendo humo	3	9
Frotarse escabicida como repelente	1	3
Comer ajo y cebolla	1	3
Espiral repelente	1	3
Pesticida "fosforizado"	1	3
Botas y ropa de mangas y piernas largas	4	12
Limpiar los corrales con creolina	1	3
Limpia la casa con gasoil y no toma agua amaneceida	1	3
Tomar remedios yuyos y hacer humo	1	3
No va a pescar de noche	1	3
Moradores ausentes	10	29

Fuente: elaboración propia.

riesgo de transmisión para los entrevistados. El 18% de los responsables de niños indicaron que no llevarlos como compañía al trabajo es la mejor prevención. Además, se constató que los mosquiteros no forman parte de los enseres domésticos, y sólo un 26 % contaba con algún repelente químico al momento de la entrevista.

DISCUSIÓN

Singh y col. insistieron en que no se puede erradicar un parásito que conserva una parte del ciclo silvestre, por lo que la base de la prevención es educar para el control en el ámbito doméstico y evitar el contacto salvaje.²⁴ Para incidir en esas prácticas, es necesario conocer las representaciones que las reproducen, porque todo conocimiento que intentemos transmitir disputará contra un saber anterior.²³

Las representaciones sociales tienen un núcleo de saberes y de saberes periféricos. Los saberes periféricos son más fáciles de modificar mediante la realización de talleres.²³ Por tal motivo, la propuesta de prevención centrada en la evidencia expuesta en el presente estudio se orienta a incidir en las prácticas de riesgo más que en transmitir saberes. En ese sentido, las políticas de prevención usualmente malgastan recursos para que la población objetivo identifique al insecto vector, cuando lo relevante es que usen mosquiteros de cama –siempre que sea socialmente aceptable–, que conozcan los horarios y sitios donde pueden ser picados, que mantengan la mayor parte del cuerpo cubierta y que se pongan repelente en las partes descubiertas en esos sitios y horarios.²⁴ La investigación sobre la población del borde Sur de las “2.000 ha” muestra que estas prescripciones, aunque sencillas, encuentran limitaciones particulares de cada paisaje social para ser llevadas a la práctica. A diferencia de las representaciones de la enfermedad en otros lugares de América Latina,¹⁸⁻²¹ entre los ocupantes de las “2.000 ha”, el origen de la enfermedad invierte la representación científica, situando el origen en lo urbano y explicando el avance de la enfermedad como corrupción de un estado natural de salud que tiene la vegetación primaria. Sin embargo, estas representaciones sociales, defendidas por voceros institucionales, no son representativas del universo censal, donde predomina el desconocimiento de las causas de transmisión, lo que justificaría intervenciones informativas focalizadas.

También se destaca, en relación al discurso biomédico, centrado en las precauciones a tomar cuando se entra en contacto con la selva, que como los ocupantes la consideran como un paisaje externo, de fondo, instalan sus viviendas fuera de las áreas de alta transmisión para evitar vivir en riesgo constante. Por ello, se debe atender especialmente a mantener una coherencia entre los espacios-actividades discriminados por el discurso biomédico preventivo y aquellos socialmente denotados por la población realmente expuesta. Estas discordancias pueden ser aún más notorias en situaciones en las que

el riesgo de transmisión compite con la necesidad de trabajo en ambientes silvestres.^{15,16,32}

La precariedad de derechos de los ocupantes del área rural de las “2.000 ha” es la principal causa de su gran movilidad en el territorio, y ésta, a su vez, causa la transmisión de la enfermedad a varones, mujeres y niños. Al mismo tiempo, esta movilidad limita también el acceso al tratamiento y la implementación de medidas de prevención eficientes.

Al igual que en otras investigaciones sociales sobre LTA en América Latina,¹⁸⁻¹⁹ el censo en las “2.000 ha” permitió precisar prácticas de auto-atención en salud. Tanto la semántica de la enfermedad como su tratamiento, combinan saberes de la medicina folklórica (preparaciones vegetales) con fármacos alopáticos.²¹

Para los informantes que residen en las “2.000 ha”, el tratamiento alopático con inyectables se presenta como una metonimia de la enfermedad, situación que refuerza la necesidad de contar con esquemas de tratamiento menos invasivos a fin de asegurar adherencia a los mismos.

Valorando en conjunto las representaciones de paisaje de riesgo que componen los entrevistados, se encontró que como el desbroce para agricultura no aparece como tal, no se aplican medidas de control específicas. Indirectamente, las medidas de control que practican (quema) para el principal ambiente de riesgo que identifican (basura doméstica en ambiente rural), tienen el efecto beneficioso de alejar del domicilio a posibles reservorios silvestres.

Los entrevistados no realizan actividades específicas de manejo de animales domésticos, los que han sido identificados por los científicos como factor de riesgo para la zona.¹⁴ La producción de alimentos libres de agro tóxicos es una limitación para la aplicación de medidas de control químico del vector. Sin embargo, no hay barreras que impidan focalizar las intervenciones en el manejo ambiental peri-doméstico.

En conclusión, esta investigación ha intentado ejemplificar con el caso de las “2.000 ha”, como la perspectiva antropológica, con metodología específica, apropiada a su propio marco disciplinario y sin subordinarla a los objetivos de otras disciplinas, puede contribuir al enfoque eco-epidemiológico. El diálogo que así se establece posibilita no sólo adecuar los discursos bio-médicos para favorecer su efectividad y sostenibilidad, sino que también genera información descriptiva de eventos de salud emergentes.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Este estudio microsociedad de un área de transmisión de la LTA proporcionó conocimientos sobre las representaciones sociales de la población vulnerable (grupo en riesgo: ocupantes de tierras). Actualmente esta información es utilizada para focalizar acciones preventivas en ese barrio rural, orientadas a incidir sobre las prácticas de riesgo identificadas en el estudio.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

Es importante que en la formación de los recursos humanos en salud se tengan en cuenta las particularidades sociales de cada escenario de transmisión de las enfermedades vectoriales. El artículo sostiene que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento deben enfocarse considerando esas particularidades socio-ambientales.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen a la Fundación Mundo Sano –Sede Iguazú– por su colaboración con el alojamiento y los traslados en terreno, y a los productores de la Feria Franca San Benito por permitirnos realizar el trabajo de campo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: no hubo conflictos de intereses durante la realización del presente estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Ashford RW. Disease as a stabilizing factor in the protection of landscape: the Leishmaniasis as models. *Ecohealth*, 2007, 4:99-103.
- ² Campbell-Lendrum D, Dujardin JP, Martinez E, Feliciangeli MD, Perez JE, Silans LN, Desjeux P. Domestic and peridomestic transmission of American cutaneous leishmaniasis: changing epidemiological patterns present new control opportunities. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 2001, 96:159-62.
- ³ Desjeux P. Worldwide increasing risk factors for leishmaniasis. *Med Microbiol Immunol*, 2001, 190:77-79.
- ⁴ Rangel EF, Lainson R. Ecología das leishmanioses. En: Rangel EF, Lainson R (compil.), *Flebotomíneos do Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2003, pp.291-310.
- ⁵ Shaw J. The leishmaniasis-survival and expansion in a changing world. A mini-review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*, 2007, 102:541-547.
- ⁶ Walsh JF, Molyneux DH, Birley MH. Deforestation: effects on vector-borne disease. *Parasitology*, 1993, Suppl 106:555-75.
- ⁷ Menéndez E. Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 1985, 28:21-37.
- ⁸ Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, 1986:37- s/d.
- ⁹ Grimberg M. De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología. En: Marcelo A. (comp.), *Antropología y práctica médica*, Buenos Aires, Ed. INAPL, 1997, pp. 43-51.
- ¹⁰ Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology. *Am J Public Health*, 1996, 86:668-677.
- ¹¹ Feola G, Bazzani R. Desafíos y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo. Reflexiones a propósito de las consultas regionales realizadas. International Development Research Centre, Montevideo, Uruguay. Disponible en: http://www.idrc.ca/en/ev-9668-201-1-DO_TOPIC.html Último acceso 20/11/2009
- ¹² Salomón OD y col. Transmisión de la leishmaniasis tegumentaria en Argentina. *Medicina*, 2006, 66:211-219.
- ¹³ Salomón OD, Quintana MG, Rosa JR. Ecoepidemiología de la leishmaniasis cutánea en Argentina. *Salud(i)Ciencia*, 2008, 16:514-520.
- ¹⁴ Salomón OD y col. Epidemiological aspects of cutaneous leishmaniasis in the Iguazú falls area of Argentina. *Acta Trop*, 2009, 109:5-11.
- ¹⁵ Mastrángelo AV, Fattore G, Pereira S. Antropología médica de la Leishmaniasis Tegumentaria Americana (LTA). Un estudio de caso en Alto Paraná misionero. *Biophronesis, Revista de Bioética y Socioantropología en Medicina*, 2007, 2:1-22.
- ¹⁶ Mastrángelo AV, Salomón OD. Trabajo forestal y leishmaniasis cutánea. Un análisis social centrado en el riesgo. Talleres, Trujillo, Venezuela, Universidad de los Andes, 2009; 12:60-69.
- ¹⁷ Pardo RH, Carvajal A, Ferro C, Davies C. Effect of knowledge and economic status on sandfly control activities by householders at risk of cutaneous leishmaniasis in the subandean region of Huila department, Colombia. *Biomédica*, 2006, 26(Supl.1):167-179.
- ¹⁸ Gómez LE, Corredor. A Caracterización sociocultural y epidemiológica de un foco de leishmaniasis cutánea en Cimitarra, Santander. *Rev Salud Pública* (Universidad Nacional de Colombia), 2000, 2:3. Disponible en: www.revmed.unal.edu.co/revistas/v2n3/Rev235.htm Último acceso 26/08/2010.
- ¹⁹ Martens R. Una aproximación antropológica a la enfermedad de la Leishmaniasis en la cordillera andina de Mérida. Talleres (Venezuela) 1999; 6: 45-73.
- ²⁰ Guevara BG. Aporte de la etnografía en el conocimiento de los códigos socioculturales de la leishmaniasis cutánea localizada en un programa de educación para la salud en Venezuela. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23 (Sup 1):75-83.
- ²¹ Dobles-Ulloa A, Perriard C. Representations, Attitudes, and Practices Related to Cutaneous Leishmaniasis in People from Acosta Country, San Jose Province, Costa Rica. An Exploratory Anthropological Study. *Cad Saúde Pública*, 1994, 10:181-189.
- ²² Wong-Un JA. Control comunitario de las infecciones endémicas: pensando los haceres sanitarios colectivos de los campesinos de los Andes peruanos. *Cad Saúde Pública*, 1998, 14 (Sup 2):91-100.
- ²³ Dos Reis C, Gazzinelli A, Brito Silva CA, Gazzinelli MF. Educação em saúde e representações sociais: uma experiência no controle da leishmaniose tegumentar em área endêmica de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2006, 22:2301-2310.
- ²⁴ Singh S, Reddy DC, Mishra RN, Sundar S. Knowledge, attitude and practices related to Kala-Azar in a rural area of Bihar State, India. *Am J Trop Med Hyg*, 2006, 75:505-508.
- ²⁵ Guthman JP, Calmet J, Rosales P, Cruz M, Chang J, Dedet LP. Patient's association and the control of Leishmaniasis in Perú. *Bull WHO*, 1997, 75:39-44.
- ²⁶ Dedet JP, Melogno R, Cárdenas L. Rural campaign to diagnose and treat mucocutaneous leishmaniasis in Bolivia. *Bull WHO*, 1995, 73:339-345.
- ²⁷ Díaz B. Determinantes de la salud de la población e ideas para la promoción de cooperativas de salud en Venezuela. *Cayapa, (Mérida, Venezuela)*, 2002, 4:46-68.
- ²⁸ Pimenta DN, Leandro A, Schall VT. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad Saúde Pública*, 2007; 23:1161-71.
- ²⁹ Cammarata, E y col. Estudio integral del destino turístico cataratas. Controversias y desafíos para el desarrollo. Informe Final. Secretaría de Investigación y Postgrado, Fac. Humanidades y Cs. Ss, Posadas, Univ. Nacional de Misiones, 2006.
- ³⁰ Nuñez AC. Las "DOS MIL". Crónicas de una ciudadanía mediada por el conflicto: el territorio en disputa. Análisis de un caso sobre ocupación de tierras fiscales en el municipio de Puerto Iguazú, Misiones. Tesis de grado, DAS-UNaM, Posadas, Misiones, Argentina, 2009.
- ³¹ Delaporte RH, Guzen KP, Takemura OS, De Mello JCP. Estudo mineral das espécies vegetais *Alternanthera brasiliana* (L.) Kuntze e *Bouchea fluminensis* (Vell) Mold. *Rev bras farmacogen*, 2005, 15:133-136.
- ³² Salomón OD, Quintana MG, Rosa JR, Mastrángelo AV. Leishmaniasis and environment an eco-epidemiological approach. In: Wood SJ (comp.), *Encyclopedia of Environmental Health*, Ed. Elsevier (en prensa).