

Avances y limitaciones en la investigación sobre factores sociales relativos a la Migración y Chagas

Advances and limitations in research about Migration and Chagas social factors

Caterine Galaz Valderrama ¹ <https://orcid.org/0000-0001-6301-7609>

Andrea Avaria Saavedra ² <https://orcid.org/0000-0002-2217-8147>

Claudia Silva Dittborn ³ <https://orcid.org/0000-0002-8094-4313>

¹ Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile, Universidad de Chile, Chile.

² Universidad Autónoma de Chile, Chile.

³ Universidad Mayor, Chile

*Autora para correspondencia: cgalazvalderrama@uchile.cl

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados de una revisión bibliográfica sistemática en relación con las últimas investigaciones académicas sobre enfermedad de Chagas, población migrante y determinantes sociales. Por medio de un análisis de contenido categorial temático, los resultados dan cuenta de una predominante visión biomédica centrada en el control sanitario y en estrategias de educación hacia colectivos con la enfermedad de Chagas por sobre aquella que considera los determinantes sociales como factores que inciden en la transmisión de Chagas en migrantes. Desde una mirada interseccional, el artículo propone complejizar la forma de comprender el Chagas, aunando una perspectiva multidimensional y una

aproximación transdisciplinar, que considere distintos ejes y factores de desigualdad que pueden incidir en las vivencias de las personas con Chagas, pero además que plantee críticamente los discursos y prácticas del ámbito de la salud.

Palabras clave: enfermedad de Chagas; migración, inequidad social; determinantes sociales de la salud; interseccionalidad.

ABSTRACT

This article presents the results of a systematic bibliographic review in relation to the latest academic research on Chagas disease, the migrant population, and social determinants. By means of an analysis of thematic categorical content, the results reveal a predominant biomedical vision focused on health control and educational strategies for groups with Chagas disease over that which considers social determinants as factors that affect the Chagas transmission in migrants. From an intersectional perspective, the article proposes to make the way of understanding Chagas more complex, combining a multidimensional perspective and a transdisciplinary approach, which considers different axes and inequality factors that can influence the experiences of people with Chagas, but also critically considers discourses and practices in the field of health.

Keywords: chagas disease; migration; social inequity; social determinants of health; intersectionality.

Recibido: 03/11/2020

Aprobado: 22/06/2021

INTRODUCCIÓN

La movilidad humana, independiente de las razones que la produzcan, trae consigo la diversificación de enfermedades y patologías a un contexto global. Ciertas enfermedades endémicas solían estar circunscritas a lugares geográficos

específicos, pero en la actualidad la movilidad globaliza los problemas de salud. El Chagas es considerado como una problemática de salud global: causada por el parásito protozoo *Trypanosomacruzi* históricamente ha sido encontrada al menos 21 países de América Latina. Sin embargo, también es posible encontrar personas portadoras del parásito en otros continentes. Este artículo presenta los resultados del análisis de las últimas investigaciones académicas que abordan la enfermedad de Chagas, población migrante y determinantes sociales.

La enfermedad puede ser transmitida a los seres humanos por las heces de insectos triatomíneos conocidos como vinchucas, chinches u otros nombres, según la zona geográfica donde se encuentre. Otras vías de transmisión son la oral, mediante transfusiones de sangre y de órganos, actualmente controlada en gran parte del mundo; y la transmisión de madre a hijo/a, que requiere especial atención por la oportunidad que abre el control y tratamiento de los/as recién nacidos/as.

De acuerdo con estimaciones de la OMS,⁽¹⁾ en el mundo se calcula que entre 6 y 7 millones de personas están infectadas con *T.cruzi*. Países como Estados Unidos y España son los que cuentan con un gran número de personas infectadas con *T.cruzi* debido a los movimientos migratorios hacia esos países. En Chile la presencia del Chagas tiene una amplia data, pero debido a esfuerzos por controlarlo vectorialmente, se presenta socialmente como una enfermedad olvidada, incluso inexistente.

Este artículo se desarrolla en el contexto del proyecto FONIS SA18I0056 Chagas desafíos para el Chile de hoy: diversidad, migración, territorio y acceso a derechos. Una aproximación cualitativa a la dinámica de atención de la enfermedad de Chagas en las Regiones de Tarapacá, Atacama y Metropolitana; que aborda la problemática de Chagas reconociendo la importancia de los componentes subjetivos relacionados con esta enfermedad.

El foco en la producción científica a la fecha ha estado puesto en la comprensión biomédica, vectorial y microbiológica del Chagas y desde hace poco se ha avanzado en la investigación en tratamientos, vacunas y estrategias que respondan a sus consecuencias. Esto ha permitido en su conjunto, ir erradicando la transmisión del parásito y asegurar el tratamiento de las personas que se encuentran en condición crónica.⁽²⁾

Considerando la multiplicidad de factores asociados al Chagas, Pinto Días^(2,3) plantea la necesidad de reconocer la relevancia de decisiones políticas y sociales que deben ser abordadas para la prevención y el abordaje de salud del Chagas, pues éstas son consecuencia directa de la implementación de soluciones políticas efectivas. Rodrigues y Albajar,⁽⁴⁾ llaman a revisar los componentes medioambientales asociados al Chagas, para superar la comprensión de la enfermedad como una problemática presente sólo en los contextos rurales y empobrecidos de la región, sino también presente en los sectores urbanos.

Sin embargo, Ventura-Garcia, Rouray Pell⁽⁶⁾ señalan que los determinantes sociales deben ser examinados para el abordaje del Chagas, pues están presentes en la mantención y reproducción de la problemática. Los determinantes sociales de la salud son comprendidos como “las circunstancias en que las personas, nacen, crecen, viven trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias son el resultado del dinero, del poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de políticas adoptadas”.⁽⁷⁾

Los mencionados autores⁽⁶⁾ argumentan la importancia de considerar la relación que se urde entre lo biológico, cultural, social, político, económico e histórico; aspectos que incrementan las vulnerabilidades de la población, reflejándose en la incidencia y prevalencia del Chagas en los diversos escenarios de las regiones históricamente consideradas endémicas, como a aquellas que deben enfrentar la presencia de personas infectadas por *T. cruzi*. Más recientemente Sanmartino et. al⁽⁸⁾ describen al menos cuatro componentes: el biomédico, por lo general asociado a las condiciones biológicas del Chagas, de las causas y consecuencias y de las características genéticas y biológicas de los sujetos afectados; el epidemiológico que se relaciona con la distribución del Chagas: la incidencia, la prevalencia, distribución en el territorio; el sociocultural relacionado con lo social, los contextos rurales- urbanos, las particularidades culturales, las cosmovisiones que interactúan, las interpretaciones, representaciones y construcciones que subyacen al Chagas; y el político-económico, vinculado al sistema de salud, educación, estructura laboral, los marcos legislativos y sus consecutivas dimensiones macro y micro regionales.

Según, Pinto Días⁽⁵⁾ la migración pone a prueba los sistemas sociales y sanitarios a los que se enfrentan las personas migrantes durante su tránsito, de origen a destino.

Las barreras asociadas a la atención en salud limitan el acceso y posterior tratamiento para quienes migran, no sólo por las barreras políticas, institucionales y en lo social se levantan, como la xenofobia y el racismo, sino que se cuestiona la legitimidad de la población migrante como sujeto de derecho frente a la atención de salud.^(8, 9,10,11)

A lo anterior se agrega el género como determinante social de la salud. Las significaciones del Chagas para las mujeres son importantes respecto de los hombres debido a la carga que puede representar la responsabilidad en la transmisión vertical -madre a hijo/a- del *T. cruzi*.⁽⁶⁾ Se suma a ello, el mandato social respecto a las labores de cuidado. Ser una mujer migrante que desempeña labores de cuidado en casas particulares y ser además portadora del *T. cruzi* es percibido como un riesgo para el entorno pudiendo resultar en situaciones de discriminación y/o estigmatización.^(6,12,13)

MÉTODO

Este artículo presenta los resultados de una revisión sistemática de investigaciones académicas sobre enfermedad de Chagas, población migrante y determinantes sociales. La búsqueda se realizó durante los meses de septiembre-noviembre de 2019, contempló la producción de conocimientos en el campo investigado publicados entre 2016 y 2019. Las bases de datos revisadas fueron: Scopus, Ebscohost, Proquest, SciELO y Jstor. Se buscaron artículos en inglés, español y portugués.

Se priorizaron publicaciones relacionadas con las ciencias sociales y dimensiones de salud comunitaria o social. Los descriptores utilizados para la selección fueron Chagas, población migrante, migración, determinantes sociales de la salud, dimensiones sociales, género. La búsqueda situó los descriptores en los títulos, palabras clave o resúmenes, considerando más eficiente aquel con mayores resultados.

En una primera selección fueron escogidos 1 744 artículos. De ellos, se seleccionaron 41, centrándose en aquellos que recurrieron a alguna explicación

social y empírica intentando abarcar la mayor cantidad de temáticas y estrategias metodológicas posibles. Para ello, se utilizaron los siguientes criterios de selección: a) Relación entre movilidad humana y Chagas, b) necesidades específicas de atención en salud en contextos de recepción de población migrante c) dimensiones sociales y culturales en relación con el Chagas y d) perspectiva de género y Chagas.

Luego se procedió al análisis de contenido categorial temático,⁽¹⁴⁾ con el fin de caracterizar los diversos aparatos discursivos presentes respecto de la relación entre Chagas, migración y determinantes sociales que enuncian los investigadores. Los artículos fueron clasificados en tres categorías de análisis: a) migración como factor de persistencia del Chagas en países de recepción de personas migrantes.; b) prevalencia del Chagas, en países que históricamente presentan la enfermedad; y c) relación entre determinantes sociales y Chagas. De las investigaciones utilizadas en los estudios, la mayoría recurre a un enfoque cualitativo, aunque se incluyeron algunos artículos con enfoque cuantitativo que pudieran ser relevantes para el objetivo de análisis. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Aspectos metodológicos

Universo	Muestra	Análisis
1747 artículos Criterios de búsqueda Publicados entre 2016-2019. Bases de datos revisadas Scopus, Ebscohost, Proquest, SciELO y Jstor. Relación analizada Migración y Chagas.	41 artículos Criterios de Selección - Relación entre movilidad humana y Chagas. - Necesidades específicas de atención en salud en contextos de recepción de población migrante. - Dimensiones sociales y culturales en relación al Chagas. - Perspectiva de género y Chagas.	3 ejes analíticos Análisis de contenido categorial temático - Migración como factor de persistencia del Chagas en países de recepción de personas migrantes. - Prevalencia del Chagas en países que históricamente presentan la enfermedad. - Relación entre determinantes. sociales y Chagas

RESULTADOS

Los resultados del análisis dan cuenta de que una de las principales preocupaciones investigativas en relación con la enfermedad de Chagas y la migración se enfoca en los desafíos para los sistemas de salud y en el éxito o fracaso de ciertos programas sanitarios implementados en territorios de recepción de migrantes, especialmente en

países desarrollados. Como segundo foco se encuentran los estudios centrados en la persistencia de la enfermedad de Chagas en países sudamericanos. Por último y en menor medida, se encuentran las investigaciones que relacionan determinantes sociales de la salud y enfermedad de Chagas.

Migración como factor de persistencia del Chagas

En esta categoría se consideraron enfoques de investigación que ponen en relieve la llegada de población migrante hacia países europeos y otros países como factor que ha afectado sus perfiles epidemiológicos, enfrentando nuevos y mayores desafíos en el diagnóstico y manejo de personas con Chagas. Sólo parte de las investigaciones revisadas mencionan elementos socioculturales y políticos presentes en la expansión geográfica de la enfermedad. Los análisis se centran en el aumento del diagnóstico del Chagas en personas que han migrado especialmente a España, Alemania, Italia e Inglaterra, destacando la baja adherencia de la población que porta el parásito a los programas específicos desarrollados en algunos centros de salud y el desarrollo de enfermedades producto del Chagas. Abordan también, la preocupación por la percepción que tiene la población latinoamericana - especialmente de origen boliviano- sobre la enfermedad y las barreras personales y comunitarias que enfrentan para participar de los controles de salud.

Artículos recientemente publicados en España ponen énfasis en el aumento de los índices de personas infectadas y la importancia de detección de la enfermedad. Se enfatiza, por ejemplo, la necesidad de hacer un cribado de Chagas a las personas de origen latinoamericano asintomáticas, especialmente mujeres embarazadas, personas inmunodeprimidas o donantes de sangre/órganos, e incluso, se propone un cribado universal de esta población.⁽¹⁵⁾ Por otro lado, en la investigación *Cribado y tratamiento de Chagas entre bolivianos viviendo en Madrid, España*, se plantea la necesidad y urgencia de establecer un protocolo oficial para asegurar la adherencia de las personas al tratamiento.⁽¹⁶⁾

En otros países, las investigaciones muestran la insuficiente detección de la enfermedad, la poca vigilancia, control y seguimiento de la población con Chagas y se enfocan principalmente en la comunidad boliviana residente en algunos territorios. En un estudio realizado en Munich ⁽¹⁷⁾ se destacan como alarmantes los índices de transmisión no vectorial (de madre a hijo/a) y la necesidad de llevar a

cabo campañas adaptadas a las formas culturales e idiomáticas de migrantes latinoamericanos. Enfatiza, además, en las estrategias de control más efectivas que detecten activamente la enfermedad.

En Italia, la preocupación se orienta hacia temas similares debido a que emerge como el segundo país de Europa con mayor índice de inmigrantes latinoamericanos y tasa de infección esperada. Di Girolamo⁽¹⁸⁾ analizó las percepciones subjetivas de la enfermedad de Chagas en pacientes latinoamericanos en Italia, las trayectorias de migración que habían desarrollado para asentarse en el país y otros aspectos explicativos para la no adherencia a programas de salud. El estudio revela las complejas implicaciones sociales y culturales de la enfermedad de Chagas, dando nuevo énfasis al contexto socioeconómico y cultural de los sujetos con esta enfermedad para una mejor intervención.

Preocupación similar sobre la prevalencia de la enfermedad ocurre en Estados Unidos. En una investigación sobre Chagas y la evidencia de anormalidades de conducción en electrocardiogramas⁽¹⁹⁾ se destaca el interés que vincula los movimientos migratorios y el incremento de los indicadores respecto de esta patología. El énfasis está puesto en la necesidad de identificar la enfermedad a tiempo para efectuar un tratamiento adecuado.

En esta misma categoría, se encontraron investigaciones que analizan la efectividad de los programas disponibles y específicos sobre Chagas. En Japón⁽²⁰⁾ se señala a modo de alerta que una enfermedad más arraigada en América Latina esté convirtiéndose en un problema de salud global, enfatizando que el diagnóstico en ese país resulta aún insuficiente. Asimismo, los autores destacan la necesidad de hacer evaluaciones antes y post actividades educativas para valorar cambios en el comportamiento y actitud hacia la enfermedad.

En un estudio realizado en Londres, ciudad con larga data de recepción de migrantes, se plantea críticamente que, pese a que se señala de forma generalizada que la enfermedad de Chagas se concentra en gente de escasos recursos, no siempre se cuenta con evidencia científica respecto a esta relación. Así, y luego de una serie de pruebas de control en población latinoamericana, se puntualizó que efectivamente existen probabilidades más altas de infección en los grupos socioeconómicos desfavorecidos.⁽²¹⁾ A lo anterior se agrega que, en países como

Estados Unidos, se ha enfocado los problemas de accesibilidad de la población en general y migrantes latinoamericanos en particular a la salud pública: el alto precio y escaso suministro universal de los medicamentos asociados a la enfermedad que dificultarían en gran medida la erradicación de la enfermedad en el territorio. ⁽²²⁾

Preocupaciones en la investigación en América Latina

En América Latina la principal atención se relaciona con la prevalencia de la enfermedad en zonas geográficas donde tradicionalmente se conoce la misma y se identifica una falta de conciencia sobre los riesgos de ésta en las trayectorias de vida de las personas. Ante las dificultades para migrar a países centrales por las restricciones administrativas que se han implementado en los últimos años, especialmente en Europa y Estados Unidos, se evidencia preocupación por la afectación en el perfil epidemiológico de algunos países sudamericanos debido al aumento de la población migrante. Conners y otros autores⁽²³⁾ analizan la prevalencia y los correlatos del Chagas en poblaciones migrantes regionales e internacionales particularmente en la frontera México y Guatemala, concluyendo la imperiosa necesidad de crear programas de vigilancia específicos que proporcionen tratamientos asequibles a migrantes latinoamericanos. En tanto, en Argentina se muestra una relación directamente proporcional entre el aumento de población migrante y personas infectadas. Raimondi et.al.,⁽²⁴⁾ plantea que la situación de salud que portan migrantes desde sus países de origen es compleja y genera un impacto directo en la salud pública argentina. Como resultado, destacan que las mujeres inmigrantes presentan mayor proporción de serología positiva para Chagas y déficit en los controles de embarazo en comparación con las mujeres embarazadas argentinas. Asimismo, se enfatiza la relación entre afecciones cardíacas y la presencia de población migrante con Chagas proponiendo nuevas técnicas de imagen cardíaca -como la resonancia magnética y la ecocardiografía con *speckle tracking*- como posibilidades para incidir tempranamente en la salud de las personas afectadas. ^(24,25)

También se señala que las personas migrantes en Brasil llegan de países cercanos y se insertan en territorios con una alta precariedad, sobre todo en zonas metropolitanas. Los autores exploran discursos de los profesionales de salud que trabajan en la atención directa de pacientes con Chagas en Sao Paulo. Concluyen

que las condiciones precarias en las que habitan, el lenguaje y ciertos rasgos culturales de las personas migrantes con Chagas dificultan el cuidado efectivo de este colectivo. No obstante, señalan que existe cierto vacío en el conocimiento de los aspectos clínicos y epidemiológicos de Chagas entre algunos profesionales.⁽²⁶⁾

Asimismo, Connors⁽²⁷⁾ relaciona algunos determinantes estructurales, especialmente de pobreza, con el riesgo de enfermedades infecciosas en México y Centroamérica. Según la autora, el Chagas está fuertemente influenciado por las inequidades sociales, especialmente considerando los vecindarios donde viven las personas afectadas, el tipo de vivienda y el acceso a salud. En Chile, Larenas-Rosa y Cabieses⁽²⁸⁾ si bien no desarrollan un trabajo específico sobre población migrante y Chagas, colocan la atención en la población migrante internacional en situación irregular, quienes pueden encontrarse en condiciones de vulnerabilidad diferencial respecto de otra población migrante con otro estatus administrativo. Peores condiciones laborales, mala calidad en la vivienda y restringido acceso a la salud serían condiciones que podrían limitar el acceso y permanencia en programas de salud.

Determinantes sociales de la salud y Chagas

El conjunto de artículos que aborda las dimensiones sociales y culturales en la transmisión del Chagas es más bien reducido. Algunos estudios están centrados exclusivamente en el factor de clase/pobreza o bien sobre las condiciones socioeconómicas que inciden a la hora de la transmisión. En esta misma línea, hay investigaciones que evidencian un interés ético respecto de las desigualdades sociales que inciden en la transmisión de Chagas. Sanmartino et.al⁽⁸⁾ plantea el Chagas como una problemática compleja que va más allá de factores biomédicos, considerando también lineamientos socioculturales y políticos. El estudio aborda las representaciones de los equipos de salud respecto de la enfermedad de Chagas y la implicancia que tienen estas visiones en la forma de tratamiento y adherencia a los programas. Se ratifica que estas se producen desde un sesgo biologicista, pues durante la formación profesional, los determinantes sociales no adquieren un peso relevante a la hora de intervenir la enfermedad.

Escasas investigaciones destacan cómo los determinantes sociales de la salud condicionan la distribución de enfermedades y la forma en que se manejan.

Martínez-Parra y autores⁽²⁹⁾ enfatizan en la necesidad de asumir miradas transdisciplinarias en el tratamiento de la enfermedad con la finalidad de integrar el saber popular de las personas afectadas por la enfermedad. El estudio además, pone en cuestión que si bien el énfasis investigativo ha estado centrado en la prevención, control y erradicación de Chagas y en algunos aspectos socioeconómicos relacionados con las trayectorias de vida de las personas con Chagas, no se pone en relieve que los conocimientos, actitudes y prácticas frente a la enfermedad, aparecen cruzados por las diferencias económicas, educativas, étnicas, accesibilidad de los servicios y las políticas públicas, y que por tanto, no pueden soslayarse. A pesar de que la relación entre factores ecológicos, socioeconómicos y culturales vuelve a aparecer en otras investigaciones, generalmente emergen de manera excluyente.

Otros autores⁽³⁰⁾ analizan algunos determinantes sociales en relación con el riesgo de transmisión por vector en comunidades rurales de Chaco argentino ocupado por criollos/as y un grupo indígena. Relacionan la posición socioeconómica a nivel de los hogares (índices de vulnerabilidad social), acceso a la salud y servicios de saneamiento. Así, concluyen que los hogares indígenas tenían un mayor índice de vulnerabilidad social y estaban más activos en Chagas que los residentes no indígenas, producto de las condiciones socioeconómicas.

En estos estudios la preocupación de la investigación está en visualizar los aspectos sociales que pueden favorecer la transmisión, y muchas veces se basan en el análisis de las representaciones sociales que tienen las personas usuarias de servicios médicos. Escasa es la exploración en torno a las representaciones sociales y prejuicios de los equipos de salud respecto de la atención de población migrante. En ese sentido, Sáenz y Mazzanti di Ruggiero⁽³¹⁾ destacan que el Chagas, junto a otras enfermedades infecciosas, debe ser vista multifactorialmente y no sólo desde una perspectiva patológica. Así, analizan ésta y otras enfermedades desde una mirada bioética considerando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de 2005, que contempla los principios de igualdad, justicia y equidad, el enfoque de no discriminación y estigmatización, responsabilidad social y salud. Las autoras destacan la necesidad de un trabajo de investigación transdisciplinar que implique además un trabajo colaborativo y formativo con las comunidades afectadas y profesionales de la salud. Es importante destacar que

esta búsqueda arrojó limitados resultados sobre las dimensiones de género en relación al Chagas: en algunos, se busca visibilizar la experiencia de vida de mujeres bolivianas en relación al padecimiento de la enfermedad en Argentina^(25,32) y en otro, se buscó relacionar el enfoque eco-sistémico y de género para visualizar las distinciones que se presentan en el uso del espacio público respecto del privado y cómo las mujeres solían ocupar situacionalmente más los espacios cerrados, siendo más propensas a la enfermedad producto de la infraestructura material de las viviendas donde residen.⁽³³⁾

CONCLUSIONES

El análisis evidencia que los intereses académicos se centran en la prevalencia, condiciones, formas de atención, control y educación de las personas afectadas con Chagas, especialmente en países de recepción de migrantes sudamericanos y que suelen relacionar sólo la desigualdad económica como determinante en el contagio de la enfermedad. Esta visión parcial impide visibilizar otras desigualdades que experimentan las personas que viven con la enfermedad y que se ven afectadas por el Chagas especialmente migrantes. Cuando se privilegia un solo vector de diferencia, en este caso la clase social, es menos factible observar la complejidad de los procesos y la invisibilización de otras desigualdades en que están insertas estas personas.

Los riesgos de asociar nacionalidad y Chagas van estrechamente relacionados a la construcción social que estigmatiza y homogeniza experiencias, características y trayectorias de personas migrantes. Por ello, es tarea urgente la generación de procesos de reflexividad crítica que enfoquen cómo conciben la enfermedad los cuerpos sanitarios, cómo se construye al sujeto migrante portador de Chagas y cómo afectan sus discursos y prácticas en el tratamiento. La posibilidad de derechos sanitarios de los colectivos migrantes dependerá del modo en cómo éstos sean ubicados en determinados repertorios discursivos, contextos temporales y geográficos.

Lo mismo ocurre al asumir una perspectiva de género. Las desigualdades que pueden operar y que afectan la adhesión a programas, el grado de conocimiento y tratamiento de la enfermedad, las posibilidades materiales. Con todo, una perspectiva interseccional que explore las vivencias de las personas con la enfermedad de Chagas es tarea pendiente para comprenderlas como un fenómeno complejo. La interseccionalidad es un modo de comprender y analizar la complejidad en el mundo, en las personas, y en las experiencias humanas. Los eventos y condiciones de la vida sociopolítica, cultural, económica y de género de colectivos y personas rara vez pueden ser entendidas como formadas por un solo factor. Una aproximación que dé cuenta de esta multiplicidad es necesaria para enfrentar de manera apropiada un problema de salud tan complejo como es el Chagas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. La enfermedad de Chagas (tripanosomiasis americana). Datos y cifras [Internet]. Actualizado 1 de abril de 2021. 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))
2. Pinto Dias JC. Facing Chagas disease. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [internet]. 2017 [citado 04/10/2020];50(3): 285- 286. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0037-8682-0254-2017>
3. Pinto Dias JC. Present situation and future of human Chagas disease in Brazil. Mem. Inst. Oswaldo Cruz. 1997;92 (Suppl.1): 13-15.
4. Rodriguez J, Albajar P. Chagas disease: a new worldwide challenge. Nature [internet]. 2010 [citado 04/10/2020]; 465 (7301): S6-S7. DOI: [10.1038/nature09221](https://doi.org/10.1038/nature09221)
5. Pinto Dias JC. Tendencias sociales de la enfermedad de Chagas para las próximas décadas. Salud Colectiva [internet]. 2012 [citado 04/10/2020]; 8(1):39-48. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73125064014>

6. Ventura-Garcia L, Roura M, Pell C, Posada E, Gascón J, Aldasoro E, et al. Socio-cultural aspects of Chagas disease: a systematic review of qualitative research. PLoS Negl Trop Dis. [internet]. 2013 [citado 04/10/2020];7(9):e2410. DOI: [10.1371/journal.pntd.0002410](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0002410)
7. OMS. Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. 62ª Asamblea Mundial de la Salud WHA62.14. 22 de mayo de 2009. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1
8. Sanmartino M, Avaria A, Gómez Prat J, Parada MC, Albajar-Viñas P. Do not be afraid of us: Chagas disease as explained by people affected by it. Interface: Communication, Health, Education [internet]. 2015[citado 04/10/2020]; 19(55):1063-1075. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.1170>
9. Liberona N. De la alterización a la discriminación en un sistema público de salud en crisis: conflictos interétnicos a propósito de la inmigración sudamericana en Chile. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Arturo Prat [internet]. 2012[citado 04/10/2020]; 28:19-38. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/708/70824554002.pdf>
10. Liberona N, Mansilla MA. Pacientes ilegítimos: acceso a la salud de los indocumentados en Chile. Salud Colectiva [Internet]. 2017 [citado 04/10/2020];13(3): 507-520. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1110>
11. Avaria A. Parir en el lugar equivocado: migración y la legitimidad (del derecho) de parir. En: Morales, P y Rodríguez Aguilera, MA. (comp). Los derechos humanos hoy: reflexiones, desafíos y proyecciones a los 70 años de la declaración universal (1948–2018). 2018. Ril Editores; Santiago de Chile.
12. Ventura-Garcia L, Muela-Ribera J y Martínez- Hernández Á. Chagas, Risk and Health Seeking among Bolivian Women in Catalonia. Cross-Cultural Studies in Health and Illness [internet]. 2021[citado 20/07/2021];40 (6):1-16. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1718125>

13. 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[citado 04/10/2020]; 25(3):102-110. DOI: <https://doi.org/10.1177/1757975916677189>
14. Diaz CD. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. Rev. gen. inf. doc. [internet] 2018 [citado 04/10/2020]; 28(1): 119-142. DOI: <http://dx.doi.org/10.5209/RGID.60813>
15. Irueta A, Jarque M, Redondo P y Pérez V. Enfermedad de Chagas importada: una alarma en Europa... en su justa medida. Revista Atención Primaria [internet]. 2012[citado 04/10/2020]; 44(2):115-116. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.12.008>
16. Romay-Barja M, Boquete T, Martínez O, González M, Álvarez-Del Arco D, Benito A y Blasco-Hernández T. Chagas screening and treatment among Bolivians living in Madrid, Spain: The need for an official protocol. PLoS ONE [Internet]. 2019[citado 04/10/2020]; 14(3): 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0213577>
17. Navarro M, Berens-Riha N, Hohnerlein S, Seiringer P, von Saldern C, García S, et al. Cross-sectional, descriptive study of Chagas disease among citizens of Bolivian origin living in Munich, Germany. BMJ Open [internet]. 2017[citado 04/10/2020]; 7: e013960. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/312472782_Crosssectional_descriptive_study_of_Chagas_disease_among_citizens_of_Bolivian_origin_living_in_Munich_Germany
18. Di Girolamo C, Martelli G, Ciannamè A, Vocale C, Fini M, Stefanini A, et al. Chagas disease in a non-endemic country: a multidisciplinary research, Bologna, Italy. Journal of immigrant and minority health [internet]. 2016[citado 04/10/2020]; 18(3): 616-623. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/275772605_Chagas_Disease_in_a_Non-endemic_Country_A_Multidisciplinary_Research_Bologna_Italy

19. Traina MI, Hernandez S, Sanchez DR, Dufani J, Salih M, Abuhamidah AM, et al. Prevalence of Chagas Disease in a U.S. Population of Latin American Immigrants with Conduction Abnormalities on Electrocardiogram. PLoS Neg Trop Dis [internet]. 2017[citado 04/10/2020];11(1): e0005244.

<https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005244>

20. Iglesias-Rodríguez IM, Mizukami S, Manh DH, Thuan TM, Justiniano HA, Miura S, et.al. Knowledge of Chagas disease in Latin American migrant population living in Japan and factors associated with knowledge level. BioRxiv [Internet]. 2019 [citado 04/10/2020]; e589051.DOI: <https://doi.org/10.1101/589051>

21. Houweling TA, Karim-Kos HE, Kulik MC, Stolk WA, Haagsma JA, Lenk EJ, et.al. Socioeconomic inequalities in neglected tropical diseases: a systematic review. PLoS neglected tropical diseases [internet] 2016[citado 04/10/2020]; 10(5): e0004546. DOI:[10.1371/journal.pntd.0004546](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0004546)

22. Alpern JD, Lopez-Velez R, y Stauffer WM. Access to benznidazole for Chagas disease in the United States -Cautious optimism? PLoS neglected tropical diseases [Internet]. 2017[citado 04/10/2020];11(9): e0005794.

DOI:[10.1371/journal.pntd.0005794](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0005794)

23. Connors EE, Ordoñez TL, Cordon-Rosales C, Casanueva CF, Miranda SM, Brouwer, KC. Chagas disease infection among migrants at the Mexico/Guatemala border. The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene [internet].2017[citado 04/10/2020];97(4):1134-1140.DOI:[10.4269/ajtmh.16-0777](https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0777)

24. Raimondi D, Rey CE, Testa MV, Camoia ED, Torreguitar A , Meritano J. Migrant population and perinatal health. Arch Argent Pediatr [internet]. 2013[citado 04/10/2020];111(3): 213-217. DOI:[10.5546/aap.2013.213](https://doi.org/10.5546/aap.2013.213)

25. Tazar J, Rojas NA y BarbozaM. Alteraciones ecocardiográficas precoces en la enfermedad de Chagas crónica sin patología demostrada. Insuficiencia cardíaca[internet].2017[citado 04/10/2020]; 12(3): 106-110. Disponible en: http://www.insuficienciacardiaca.org/pdf/v12n3_17/106Chagas_tazar.pdf

26. Carneiro N, Silveira C, Silva L y Yasuda M. Bolivian migration and Chagas disease: boundaries for the action of the Brazilian National Health System (SUS). *Interface-Comunicação, Saúde, Educação* [internet]. 2017[citado 04/10/2020]; 22(64): 87-96. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0338>.
27. Connors EE. *Poverty and Place: Structural Determinants of Infectious Disease Risk in Mexico and Central America*. Universidad de California, San Diego [Disertación Doctoral]. 2016. Disponible en: <https://escholarship.org/uc/item/9zx0396k>
28. Larenas-Rosa D, Cabieses B. Acceso a salud de la población migrante internacional en situación irregular: La respuesta del sector salud en Chile. *Cuadernos médicos-sociales* [internet]. 2018[citado 04/10/2020]; 58(4):97-108. Disponible en: <https://www.saludmigracion.org/es/system/files/repositorio/cuadernosmedicosocial/es2019vol58ndeg4.pdf>
29. Martínez-Parra A, Pinilla-Alfonso M y Estrada-Montoya J. Enfermedad de Chagas: de las tendencias epidemiológicas rurales a su urbanización en países desarrollados. *Revisión de la literatura. Acta Odontológica Colombiana* [internet]. 2015[citado 04/10/2020];5(2): 85-103. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/article/view/55309>
30. Del Pilar Fernández M, Gaspe MS, Sartor P, Gürtler RE. Human Trypanosomacruzi infection is driven by eco-social interactions in rural communities of the Argentine Chaco. *PLoS neglected tropical diseases* [internet]. 2019[citado 04/10/2020]; 13(12): e0007430. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007430>
31. Sáenz V, Mazzanti di Ruggiero M. Propuestas bioéticas frente a los problemas sociales y éticos que generan las enfermedades infecciosas desatendidas. *Pers Bioet.* [internet]. 2019[citado 04/10/2020];23(1): 84-110. DOI: <https://doi.org/10.5294/pebi.2019.23.1.6>

32. Kölliker-Frers RA, Insua I, Razzitte G, Capani F. Chagas disease prevalence in pregnant women: migration and risk of congenital transmission. *The Journal of Infection in Developing Countries* [internet]. 2016[citado 04/10/2020]; 10(09): 895-901. DOI: [10.3855/jidc.7118](https://doi.org/10.3855/jidc.7118)

33. Arenas-Monreal L, Piña-Pozas M, Gómez-Dantés H. Aportes y desafíos del enfoque de género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. *Salud Pública de México* [internet]. 2015[citado 04/10/2020]; 57(1): 66-75. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000100010&lng=es&tlng=es.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no poseen conflicto de intereses respecto a este texto.

Contribución de los autores

Galaz Valderrama. Concepción y diseño del trabajo. Análisis e interpretación de datos. Redacción del manuscrito. Aprobación de su versión final.

Avaria Saavedra. Concepción y diseño del trabajo. Análisis e interpretación de datos. Redacción del manuscrito. Aprobación de su versión final.

Silva Dittborn. Concepción y diseño del trabajo. Análisis e interpretación de datos. Asesoría estadística. Aprobación de su versión final.