

¿Por qué estudiar el Chagas desde la escuela? Análisis preliminar de un problema de estudio?.

Sonia Carolina Amieva Nefa.

Cita:

Sonia Carolina Amieva Nefa (2013). *¿Por qué estudiar el Chagas desde la escuela? Análisis preliminar de un problema de estudio?.* Revista Intersticios, 7 (1).

Dirección estable: <https://test.aacademica.org/carolina.amieva/17>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pcaF/urT>

**¿Por qué estudiar al Chagas desde la escuela?
Análisis preliminar de un problema de estudio.**

Carolina Amieva (UBA/GDC/IFLYSIB/
camieva@sociales.uba.ar

RESUMEN:

Este trabajo tiene por objetivo responder preliminarmente a la ¹pregunta ¿por qué estudiar al Chagas desde la escuela? Esta pregunta surgió a partir de la compleja relación que existe entre esta problemática y la sociedad. Lo cierto es que el Chagas no es sólo una enfermedad, - aunque en su historia y hasta en la actualidad se encuentre monopolizada por el discurso bio-médico - es un problema político-social que implica un abordaje más amplio que tenga en cuenta temas como la pobreza, las migraciones, las políticas públicas, los contextos culturales, educativos, ambientales y económicos de todos los actores involucrados.

De este modo, romper con enfoques clásicos de abordar la temática, significa también romper con las soluciones lineales y simplistas *a este problema*. Enmarcándonos entonces, en una perspectiva integral desde la promoción de la salud se entiende la importancia multiplicativa de la educación como herramienta de la prevención y sensibilización del Chagas.

PALABRAS CLAVES:

Escuela, Chagas, Promoción de Salud,

¹ Lic. en Sociología UBA. Maestranda en Ciencias Sociales UNQ. Docente e investigadora UBA/UNLP. Miembro del Grupo de Didáctica de las Ciencias (GDC) IFLYSIB-CONICET.

Introducción:

El Chagas es una enfermedad parasitaria causada por un protozoo flagelado, el *Trypanosoma cruzi*². Ésta constituye uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina, tratándose de una de las endemias más expandida del continente (OMS, 2007). En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba la existencia de 15 millones de personas infectadas y una población en riesgo de 28 millones. Sin embargo, desde el mismo organismo se señalaba que estas cifras no reflejan la verdadera magnitud del problema, debido a que la mayoría de ellas correspondía a estudios serológicos aislados y otras, a aproximaciones estadísticas que no siempre dan cuenta de la dimensión real de una región geográfica o incluso, de un país (OMS, 2007). Pero no solo la cantidad de infectados define la importancia del problema: en la medida en que su reproducción está asociada a condiciones materiales de pobreza, escasez de información y falta de acceso a servicios sanitarios básicos, la enfermedad es un símbolo de las profundas inequidades que arrastra el continente (Zabala, 2009)

Teniendo en cuenta que dichas cifras no reflejan la magnitud total del problema, desde el Programa Federal de Chagas (Ministerio de Salud, 2007) se estimaba que, en Argentina, al menos un millón y medio de personas tienen Chagas, lo que representa el 4% de la población total del país al censo 2001. Esta situación nos ubicaría en el tercer país del mundo con mayor cantidad de casos de Chagas, después de Bolivia y Paraguay.

Sin embargo dentro del país no se presenta la misma situación con respecto al riesgo endémico de la enfermedad. Según el Mapa de Trasmisión Vectorial (INOSUR-PAHO, 2002) las vinchucas están presentes en casi todo el territorio del país exceptuando las provincias ubicadas en el Sur. Dentro de este territorio restante, las provincias se clasificarán según el riesgo endémico de contraer la enfermedad en dichos lugares. Estarán aquellas sin riesgo³, con bajo riesgo⁴, con mediano riesgo⁵ y con alto riesgo⁶. Esto se determinará según la cantidad de casos agudos⁷ que presenten dichos lugares, la vigilancia epidemiológica por parte de los gobiernos y los casos de Chagas congénito o en menores de 5 años.

² Este parásito se transmite al ser humano y otros mamíferos principalmente a través de las deyecciones de insectos hemípteros hematófagos, conocidos en Argentina como “vinchucas” o “chinchas”. Otros mecanismos de transmisión del tripanosoma, aunque menos frecuentes, son la transfusión de sangre o el trasplante de órganos de donantes infectados, la transmisión congénita de madres infectadas, la ingestión de sustancias contaminadas con los excrementos de los insectos vectores y algunos casos aislados, por accidentes laborales (OMS, 2007; Sanmartino, 2009).

³ Esto involucra a las provincias de Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego y significa que no tienen riesgo endémico al no tener distribución de vinchucas en el territorio (INOSUR-PAHO, 2002)

⁴ Esto involucra a las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Neuquén y Río Negro Neuquén y significa que estas certificaron la interrupción de la transmisión vectorial mediante la demostración de los indicadores entomológicos y serológicos y la cobertura de vigilancia activa (INOSUR-PAHO, 2002)

⁵ Esto involucra a las provincias de Catamarca, Corrientes, Salta, San Luis, Santa Fé y Tucumán donde significa que no existe notificación de casos agudos vectoriales, el Índice de Infestación Domiciliaria (IID) es menor al 5%, se posee una vigilancia activa mayor al 50% y la prevalencia serológica en menores de 5 años es menor a 5%. (INOSUR-PAHO, 2002)

⁶ Esto involucra a las provincias de Chaco, Córdoba, Formosa, La Rioja, Mendoza, Sant Juan y Santiago del Estero y significa que tienen notificación de casos agudos vectoriales, el IID es mayor al 5%, no tienen una cobertura de vigilancia activa o es deficiente y la prevalencia serológica en menores de 5 años mayor a 5%.

⁷ La Enfermedad del Chagas tiene dos fases, la fase aguda e inicial, generalmente asintomática la fase crónica también asintomática en muchos casos pero donde se comienzan a presentar las diferentes complicaciones, principalmente cardíacas de la enfermedad. (Sanmartino, 2006)

En tanto, dadas las características del contexto donde el Chagas existe, el tema supera ampliamente los límites de la realidad biomédica y resulta un problema complejo y profundamente social que requiere aproximaciones de investigación, prevención, control y tratamiento que brinden respuestas integrales, acordes a las características de los escenarios actuales (Storino, 2003; Sanmartino, 2006, 2009, 2010; Briceño León & Galván, 2007).

El desarrollo de distintos planes de promoción a la investigación sobre la enfermedad de Chagas iniciados en la década de 1970, tuvo como resultado un significativo y sostenido aumento en la producción de conocimiento científico - principalmente biomédico- vinculado al tema (Morel, 1999; Zabala, 2009). Sin embargo, esto no se tradujo en una disminución proporcional del número de personas que conviven con los insectos vectores o llevan en su sangre el *T. cruzi*. Es por ello que se observa una gran distancia entre los progresos logrados en el conocimiento científico y la situación cotidiana que poseen las poblaciones afectadas por el Chagas (Sanmartino, 2006, 2010; Briceño León & Galván, 2007).

Actualmente, a más de 100 años del descubrimiento de la enfermedad por el Dr. Carlos Chagas, el escenario se ha vuelto más complejo debido a los fenómenos de urbanización y globalización de las últimas décadas. Como consecuencia de los crecientes movimientos migratorios, ya hace tiempo que el Chagas dejó de ser un problema exclusivamente rural y una realidad exclusivamente latinoamericana (Briceño León & Galván, 2007).

La historia del Chagas

El inicio de esta historia se remonta al año 1909, cuando el Dr. Carlos Chagas, “descubre” la enfermedad que a partir de entonces adquirirá su nombre. Encargado de una misión de control del paludismo en la construcción de nuevas vías de comunicación por el centro del territorio brasileiro, Carlos Chagas es alertado por dos hechos: la presencia de bocio endémico en la región, y la presencia de un insecto (la vinchuca) que se alimenta de sangre y que en su interior tiene un parásito hasta entonces desconocido. En aquel contexto sanitario marcado por las enfermedades tropicales el Dr. Chagas nombrará al parásito *tripanosoma cruzi* y dedicará su vida al estudio de la enfermedad, adquiriendo esta la entidad de problema sanitario nacional en Brasil. De esta forma, este período se caracterizará primeramente por el “descubrimiento” de la enfermedad y del parásito causal, por las primeras descripciones de su expresión clínica, a la vez que por las primeras discusiones y descréditos tempranos hacia su descubridor y sus hallazgos, produciéndose un paréntesis en el impulso e interés de otros científicos por la investigación de la enfermedad. Es importante señalar que el “descubrimiento”, en este caso, no implicó una demostración de la existencia de la enfermedad a nivel epidemiológico ya que por un lado aportaban una débil evidencia de la relación entre *T. cruzi* y las manifestaciones clínicas y por otro no tenían la capacidad de demostrar que la enfermedad se encontraba ampliamente extendida por el territorio brasileiro.

De este modo, durante las primeras décadas del siglo XX, la enfermedad de Chagas no fue considerada un problema de salud en la Argentina, como consecuencia del contexto institucional y de los impedimentos técnicos (Zabala, 2009)

A partir de allí, podríamos identificar una nueva etapa en las investigaciones sobre la enfermedad, a partir del interés del médico argentino Salvador Mazza. Esta

segunda etapa, se caracteriza colocó a la enfermedad por primera vez, si bien de un modo incipiente, dentro del mapa de intereses de la comunidad médica argentina y, por extensión, de la salud pública del país; y además avanzó en la redefinición de la enfermedad respecto de las condiciones efectivas de transmisión y del cuadro clínico de la misma. Sin embargo, en tanto practica médica, estos conocimientos posibilitaron, únicamente, la detección y atención de casos agudos, que representan sólo al 5% de los infectados. Esto implicó que durante este periodo la enfermedad no alcance los niveles de importancia epidemiológica que conocería más tarde (y el consecuente crecimiento de su importancia como problema social).

Entre fines de la década de 1940 y mediados de la década de 1950, la enfermedad de Chagas fue definitivamente reconocida como un problema sanitario y social de relevancia nacional, tanto por la extensión epidemiológica atribuida (los afectados pasaron a ser calculados en alrededor de 1 millón, sobre una población de menos de veinte millones de habitantes) como por los elementos simbólicos movilizados a su alrededor

El ascenso definitivo a la agenda de las autoridades sanitarias y al imaginario social estuvo fuertemente asociado a dos procesos de orígenes históricos independientes, pero que confluyeron en la redefinición de la enfermedad (tanto en sus dimensiones médicas, políticas y simbólicas). Por un lado, una reconfiguración en el plano cognitivo, que puso de relieve su condición de enfermedad crónica cardíaca de gran extensión epidémica; y por el otro, una profunda reforma en el plano de las políticas sanitarias que tuvo lugar en el gobierno de Juan Domingo Perón, encabezado por su ministro de Salud Ramón Carrillo, que tuvo como una de sus marcas principales la implementación de un conjunto de medidas de tipo sanitarista y de combate a enfermedades infecciosas.

La dinámica social que, hacia mediados de la década 1950, había llevado a la enfermedad de Chagas a ser reconocida como problema de salud pública y como objeto de investigación científica se vio fuertemente afectada por el derrocamiento del gobierno de Perón en septiembre de 1955. En el plano conceptual, durante la década de 1950 y 1960 prevalecieron las nociones acerca de la enfermedad de Chagas que se estabilizaron durante la década de 1940 y principios de 1950, esto es, como una enfermedad cardíaca crónica, causada por el *T. cruzi* y transmitida por las vinchucas, asociada a las condiciones de pobreza de las viviendas rurales, y con una importante extensión epidemiológica. En ese marco, como consecuencia de la asociación entre la infección y el desarrollo de cardiopatías crónicas, en el plano cognitivo, y de los nutridos movimientos migratorios desde las zonas rurales hacia los centros urbanos, el tema se instaló en los servicios de atención de salud de las ciudades, y con ello surgió un nuevo mapa de actores e instituciones. Se produjo un proceso de “urbanización” de la enfermedad: ya no se trataba solamente de poblaciones rurales afectadas, sino de enfermos urbanos con discapacidad crónica (y por ende laboral). Básicamente se transformó en un problema de Estado. Por lo tanto esta época estuvo signada por la aparición de diferentes instituciones destinadas a su identificación, medición y control de la transmisión.

A diferencia de los períodos anteriores, donde las dinámicas institucionales estaban estrechamente ligadas a las trayectorias de ciertos sujetos, a partir de fines de la década de 1950 el espacio social vinculado a la enfermedad se vuelve mucho más denso y complejo. *“El proceso de institucionalización de la enfermedad implicó que las prácticas de los actores se fueran autonomizando crecientemente de las circunstancias personales de sus protagonistas”* (Zabala, 2009)

En los años de 1970 y principios de la década de 1980, se observó una relativa estabilización de las iniciativas destinadas a controlar la enfermedad iniciadas en los años 1960, y con ello una definitiva incorporación del Chagas en diversas instituciones del país (Universidades, centros de atención, organismos encargados de reglamentar las políticas sanitarias y laborales). Estas medidas permitieron, aunque con ciertos altibajos, disminuir la cantidad de infectados en el país. Pero principalmente el mayor cambio se dio en el plano de la investigación científica, donde la consideración sobre la enfermedad dio un vuelco sustancial, y se convirtió en un objeto largamente atendido por la comunidad de investigadores del país (y de otros países de América Latina, como Brasil). Así, se dio en estos años un significativo crecimiento de la investigación científica sobre el tema, en distintos aspectos relacionados con la enfermedad. De esta forma, la producción de conocimiento científico perdió el papel casi exclusivo de brindar las herramientas técnicas necesarias para el diagnóstico y cuantificación de la enfermedad. En cambio, si bien estuvo estrechamente ligada a las instancias de planificación política sobre la enfermedad, la actividad científica adquirió un desarrollo que excedió la mera función de asistencia técnica, y logró mantener una importante autonomía en la planificación temática de las investigaciones (Zabala, 2009)

A partir de mediados de la década de 1980, se produjo una consolidación de los grupos de investigación dedicados a temas vinculados al Chagas, y al mismo tiempo, una autonomización de los espacios de toma de decisiones políticas sobre la enfermedad. Este proceso se dio en un marco de debilitamiento de las estructuras institucionales dedicadas a intervenir sobre el problema, manifestado tanto en la merma en las tareas de fumigación como en la elaboración de estadísticas sobre la incidencia de la enfermedad en el país, y asociado a un estancamiento o retroceso de la importancia de la enfermedad en el plano de las políticas públicas nacionales. Así, durante este período convivieron dos tendencias en cierto modo contrapuestas: una que reafirmó la legitimidad del Chagas como un objeto de investigación científica, y otra marcada por un creciente desinterés de instancias estatales vinculadas con la salud pública por la enfermedad, medido en términos concretos de recursos destinados para su control y atención.

De esta forma podemos ver como la enfermedad a lo largo del siglo XX fue considerada, a lo largo de su historia, como una patología inexistente, como una 'rareza', y luego como un problema nacional de primera envergadura. Al mismo tiempo, pasó de ser entendida como un problema de vivienda rural a ser un problema de la logística necesaria para desinfectar las viviendas. Hacia mediados del siglo XX, la connotación rural fue complementada con la idea de que se trataba también de un problema urbano y de una limitación concreta en la fuerza de trabajo (y por ende de desarrollo) del país. Se observó entonces una implicación directa del Estado, cuya preocupación fue, entonces, no sólo identificar y cuantificar a los enfermos, sino poder curarlos. Y cuando hubo tratamientos disponibles, el principal interés se centró en el reemplazo de esas drogas por otras más efectivas o por vacunas que prevengan la enfermedad.

Como se puede observar, la trayectoria científica del Chagas está íntimamente relacionada con las ciencias bio-médicas, su tratamiento desde otras ópticas como un problema más complejo no ha sido tan usual. Por eso se constituye en un problema central para el análisis desde las ciencias sociales.

El paradigma de Promoción de la salud y su relación con la escuela

El paradigma de Promoción de la Salud (PS) se viene conformando desde hace más de tres décadas, enfrentándose con el modelo médico hegemónico (Kornblit y Mendes Diz, 2004), siendo sus ejes los siguientes:

- Tener una visión integral de la salud, incluyendo las dimensiones del bienestar y la equidad;
- Comprometerse con la salud, en tanto derecho humano fundamental;
- Considerar las influencias sociales y medioambientales, además de las personales, sobre la salud;
- Promocionar la responsabilidad social de la salud, es decir, alentar la acción de los sectores público y privado en torno al objetivo de evitar daños a la salud;
- Propiciar el incremento de las inversiones en desarrollo de salud, mediante un enfoque multisectorial;
- Fomentar la consolidación y la expansión de la cooperación entre actores sociales en torno a la salud;
- Propiciar el aumento de la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos en temas de salud (es decir, concebir a la promoción de la salud por y con las personas, y no hacia ellas);
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud

En este sentido, las experiencias y estudios en el campo de la promoción de la salud en instituciones educativas se han multiplicado durante los últimos veinticinco años, pero la escasa reflexión teórica en torno a las mismas ha dificultado la construcción de sólidos puentes entre prácticas y políticas (Kornblit *et al.*, 2007). Esto se ha debido, fundamentalmente, a la creciente distancia entre los saberes y prácticas disciplinarias y moralizadoras hegemónicas de las instituciones de salud y educativas; y la pluralidad de experiencias, modalidades de socialización y de construcción identitaria de los jóvenes. De este modo, las respuestas institucionales dominantes en dichos campos, más que abrir espacios de encuentro, en general los han clausurado (Di Leo, 2009).

Sin embargo, para analizar la manera en que las instituciones educativas pueden cumplir su rol en la promoción de la salud de las comunidades, es necesario definir los límites y alcances de las políticas de salud. (Kornblit *et al.*, 2004). Para ello, resulta necesario recurrir al concepto de biopolítica de Michael Foucault, este mismo nos permite captar, desde las ciencias sociales, estas tensiones presentes en las políticas de salud. La biopolítica (Foucault, 2002) se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales: una centrada en el *cuerpo como máquina*: su educación, el aumento de sus aptitudes, su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos; y otra, formada hacia mediados del siglo XVIII, centrada en el *cuerpo-especie* que sirve de soporte a los procesos biológicos: los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida, etc. Todos estos problemas comenzarán a estar bajo una serie de intervenciones y controles reguladores por parte del Estado y, como lo plantea Foucault, el surgimiento de la biopolítica se produciría cuando el Estado comience a hacerse cargo de la propia vida. Es así como emerge un poder "*cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente*" (Foucault, 2002).

Es en este sentido que, mediante el giro hacia la biopolítica de las poblaciones, la salud fue tomando un lugar primordial. Consiguientemente este "*culto a la salud*", ha llevado a lo largo de la segunda mitad del siglo XX a crecientes procesos de

medicalización y mercantilización de la salud de las sociedades modernas (Illich, 1978). Contrariamente a esta centralidad de la vida en las agendas estatales, el derecho a la salud – uno de los principales logros político-simbólicos del movimiento de la medicina social en Brasil (Mattos, 2005) retomado luego por la Organización Mundial de la Salud (OMS) – será recién reconocido a partir de la década de 1970 en el marco de las corrientes desarrollistas en América Latina. Desde este “nuevo” marco, los autoritarismos y los procesos de mercantilización de las biopolíticas comienzan a ir perdiendo su legitimidad. De a poco parecen ir reconociéndose las disputas por el derecho a la salud y las diversas luchas en torno a los derechos a la subjetividad (libertad, autonomía, reconocimiento, justicia, etc.).

Actualmente, en el campo de la PS en instituciones educativas, existen dos tensiones principales. El paradigma hegemónico está definido por una mirada moralista que reproduce una concepción de salud definida y normativizada desde los discursos bio-médicos, orientada hacia la enfermedad como un problema individual. Desde el mismo no se promueve una apertura hacia la problematización y/o transformación de sus dimensiones sociopolíticas y de las condiciones estructurales en las que se enmarca, naturalizando de este modo las actuales condiciones económico-sociales de desigualdad y/o exclusión (Di Leo, 2009). Sin embargo, en muchas experiencias de PS en escuelas se está presentando un segundo paradigma denominado “democrático” (Jensen, 1997). Este paradigma está centrado en concepciones dialécticas de las instituciones y las subjetividades teniendo como eje las propuestas de la pedagogía crítica de Paulo Faure. En estas propuestas se parte de una dialéctica atravesada por los conflictos sociocognitivos, desnaturalizando las normas y saberes institucionales, para redefinir los vínculos entre los agentes escolares y de éstos con el resto de la comunidad (Kornblit *et al.*, 2007). Es desde este paradigma que resultara enriquecedor estudiar la problemática del Chagas desde la escuela.

Estudiando el Chagas desde la escuela

Como antecedentes de investigaciones que aborden la problemática de Chagas teniendo como objeto de estudio a las escuelas en nuestro país, se encuentran principalmente dos trabajos: el de Sanmartino y Crocco (2000) y el de Crocco *et al.* (2006). El primero estuvo dirigido a jefes de familia, alumnos mayores de 10 años y docentes de escuelas rurales de las zonas de Río Seco (Provincia de Córdoba) y Puelén (Provincia de La Pampa). El objetivo fue definir las nociones elementales que constituyen el nivel óptimo de conocimientos (NOC) sobre la enfermedad de Chagas que debería poseer todo habitante de áreas endémicas, de forma de poder determinar el nivel medio de conocimientos (NMC) de los habitantes de dos zonas epidemiológicamente diferentes de Argentina. Los resultados mostraron que, sobre un total de 100 puntos (NOC), en ninguno de los casos los valores obtenidos alcanzaron siquiera el 50% de los conocimientos evaluados, identificándose una carencia general en el manejo de información básica sobre la enfermedad así como también sobre algunos conocimientos relacionados con el mecanismo de transmisión vectorial y otras vías de transmisión del *T. cruzi*. Como observamos, este trabajo apunta a determinar el nivel de conocimiento medio de una población educativa sobre la prevención y nociones básicas de la enfermedad. Claramente se muestra entonces un espacio vacío, un ítem pendiente en la educación para la salud de poblaciones en riesgo, presentándose de gran importancia

un estudio más profundo de aquellas concepciones y de formas de intervención desde la escuela para construir y difundir conocimiento sobre la enfermedad desde la escuela.

El segundo trabajo mencionado tuvo como objetivo proponer un modelo de gestión en el marco del Proyecto Educativo de la Institución (PEI), que permita a la Escuela transformar a los alumnos en centinelas de las enfermedades de Chagas y Dengue, promoviendo la participación de la comunidad en acciones de prevención y control. Los resultados fueron alentadores porque permitieron probar y registrar la implementación de un modelo de gestión interinstitucional factible de aplicar en otras problemáticas similares. Así mismo, las autoras determinaron que, para que dicho modelo tenga éxito, se debe contar con el compromiso de la escuela, la participación de la comunidad y el respaldo de fuentes de información actualizadas. En este sentido, la experiencia ayudó a que en las comunidades trabajadas se incrementara el conocimiento acerca de la enfermedad y su prevención. Por consiguiente dicho trabajo sienta un precedente importante para el estudio del Chagas desde la escuela para lograr resultados exitosos.

De la misma forma, teniendo en cuenta la problemática de estudio se pueden citar como antecedentes los trabajos realizados en otros países de Latinoamérica, como el de Cabrera *et al.* (2003) en Perú y el de Bonafante-Cabarcas *et al.* (2004) en Venezuela. El primero fue desarrollado en la localidad de la Tinguíña (departamento de Ica, Perú) y estuvo dirigido a alumnos de entre 7 y 19 años, relevándose un total de 241 casos. El objetivo principal fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas y del vector en una población escolar de una zona endémica de dicho departamento. Los resultados que obtuvieron acerca del Nivel de Conocimiento de los escolares sobre el tema fueron preocupantes ya que mostraron que prácticamente la totalidad de la muestra poseía un conocimiento insuficiente o básico de la enfermedad y su prevención (56,43% Nivel de Conocimiento Insuficiente y 39,83% Nivel de Conocimiento Básico), frente a un 4% con conocimiento avanzado.

El segundo estudio, desarrollado en Venezuela, se propuso realizar un proyecto de prevención dirigido a docentes, basado en la información sobre el tema que permitiera abordar las generalidades de la enfermedad y conocer los factores de riesgo. Los resultados mostraron que el conocimiento del grupo sobre la enfermedad en general antes del taller era relativamente regular (51,8%). Sin embargo luego del desarrollo de las cinco sesiones, donde se mostró un video y material didáctico, el conocimiento del grupo creció exponencialmente, evidenciando entonces que más de la mitad de la muestra (63%) poseía ahora un conocimiento excelente. Esto le permitió inferir, a los autores, que las estrategias implementadas para el abordaje de la enfermedad de Chagas a través del taller educativo planteado fueron adecuadas y pueden ser efectivas.

En resumen, se observa que dichos estudios tienen la similitud de abordar la problemática desde los conocimientos que poseen dichos actores sobre la enfermedad, su prevención y control. En general el conocimiento que poseen no es nulo o inexistente como podría pensarse, más bien el conocimiento existe pero no de una forma acabada o clara por lo que al brindar o ayudar a generar mayor información sobre las nociones de la enfermedad y sus alcances tiene resultados muy alentadores en los distintos casos.

Cabe destacar que los antecedentes mencionados son los más relevantes, encontrados hasta el momento. Sin embargo, existen otras investigaciones desarrolladas tanto en el país como en Latinoamérica que, si bien abordan la

problemática del Chagas desde las ciencias sociales, no toman en cuenta a la escuela como un eje desde el cual investigar la problemática⁸.

Palabras finales: ¿por qué estudiar el Chagas desde la escuela?

Por todo lo expuesto se evidencia que es un tema complejo, monopolizado (y obstaculizado) por las visiones bio-médicas que carece prácticamente de antecedentes de su estudio desde las ciencias sociales y más precisamente desde la escuela. Sin embargo en aquellos estudios presentados anteriormente donde se abordó la problemática desde la escuela, con una perspectiva integral y holística, se pudieron obtener muy buenos resultados demostrando que entonces la escuela se conforma en un lugar propicio y central para el tratamiento del Chagas.

Esto es así porque la escuela es un lugar estratégico donde se conforman los complejos procesos de construcción identitaria de los sujetos, su integración social y constitución como ciudadanos (Crocco *et al.*, 2006). La escuela pública, a pesar de ser objeto de políticas, condiciones y demandas sociales fragmentadas o contradictorias, sigue siendo la única institución estatal en donde la mayoría de los jóvenes transcurren, diariamente, un tiempo considerable (Di Leo, 2009). Este hecho, la coloca en un lugar privilegiado para la implementación de políticas de prevención y promoción de la salud.

De esta forma estudiar el Chagas desde la escuela podría brindar nuevas herramientas para pensar la construcción, prevención y la promoción de esta problemática en Latinoamérica. A fin de, por un lado determinar, el papel asignado a la escuela en las políticas de promoción de salud pública y por otro lado tener un conocimiento más acabado de cuáles son las concepciones y prácticas que se poseen actualmente de la enfermedad y su contagio desde la escuela. Esto permitirá poder evaluar las distancias entre ambos ejes de análisis de modo de poder identificar las debilidades y las fortalezas de los mismos. En este sentido, dicho diálogo, permitirá ensayar una reconciliación de miradas que servirá para el desarrollo de estrategias y recursos didácticos referidos al Chagas que acerquen los distintos saberes sobre esta problemática a la realidad cotidiana de las poblaciones afectadas por el Chagas, contrario a lo que sucede actualmente.

Para terminar este trabajo intentó ser un prólogo de una investigación recientemente iniciada para mi tesis de maestría donde se expuso el proceso inicial de investigación, “la fundación del problema” (Cohen y Gomez Rojas, 2003) basado en las preguntas-problema, marco teórico, antecedentes y objetivos preliminares

Me gustaría terminar con una frase de Galeano muy ilustrativa de todo lo que se intentó abordar en este trabajo:

“No estalla como las bombas, ni suena como los tiros. Como el hambre, mata callando. Como el hambre, mata a los callados: a los que viven condenados al silencio y mueren condenados al olvido. Tragedia que no suena, enfermos que no pagan, enfermedad que no vende. El mal de Chagas no es negocio que atraiga a la industria farmacéutica, ni es tema que interese a los

⁸ Para conocer más sobre esta cuestión puede consultarse: SANMARTINO, M. (2006) Faire face à la maladie de Chagas en partant des conceptions des populations concernées. Thèse doctorale, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation. Université de Genève, Genève

políticos ni a los periodistas. Elige a sus víctimas entre el obrerío. Las muere y lentamente, poquito a poco, va acabando con ellas. Sus víctimas no tienen derechos, ni dinero para comprar los derechos que no tienen. Ni siquiera tienen el derecho de saber de qué mueren...” (Galeano, 2005)

Bibliografía consultada:

- AYRES J.R.C.M. (2002) Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones. Revista de La Facultad Nacional de Salud Pública. 20:67-82.
- BAUMAN, Z. (2000), Trabajo, consumismo y nuevos pobres. Buenos Aires: Gedisa.
- BONFANTE - CABARCAS R, CASTELLANOS M. S, CONTRERAS A, DUMONT L, ESCALONA M. A, RODRÍGUEZ – BONFANTE C, GARCÍA M. G, PÉREZ C. M, JARA A, ARRIECHE J. S. (2004) Prevención de la enfermedad de Chagas a través de un taller educativo dirigido a docentes de educación primaria. Boletín Médico de Postgrado. 10(2)
- BRICEÑO-LEÓN R, GALVAN J. M. (2007). The social determinants of Chagas disease and the transformation of Latin America. Mem. Inst. Oswaldo Cruz 102 (1): 109-112.
- BRICEÑO-LEÓN, R. (1990). La casa enferma. Sociología de la enfermedad de Chagas. Fondo Editorial Acta Científica Venezolana, Consorcio de Ediciones Capriles, Caracas.
- CABRERA R, MAYO C, SUÁREZ N, INFANTE C, NÁQUIRA C, GARCÍA-ZAPATA MT. (2003) Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica de Perú. Cad Saúde Pública. 19:147-154.
- CASTELLS, M. (1996), La era de la información: economía, sociedad y cultura. La sociedad red, Tomo 1, Madrid: Alianza, 1996.
- COHEN, N: Y G. GÓMEZ ROJAS (2003): “Los objetivos, el marco conceptual y la estrategia teórico-metodológica triangulando en torno al problema de investigación”, en Lago Martínez, G. Gómez Rojas y M. Mauro (coord) En torno de las metodologías: abordajes cualitativos y cuantitativos._Proa XXI editores. Buenos Aires
- CROCCO L, RODRIGUEZ C, DE LONGHI A. (2006) Modelo de gestión interinstitucional para la promoción de la salud desde la escuela: caso Chagas – dengue. Revista Iberoamericana de Educación, 38(6)
- CULLEN, C. (1996), Autonomía moral, participación democrática y cuidado del otro, Buenos Aires: Noveduc.
- DI LEO, P.F. (2009) La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. Salud Colectiva. 377-389
- DONALD, J. (1992), Sentimental Education, London: Verso.
- DUSSEL, I. (1996), La escuela y la formación de la ciudadanía: reflexiones en tiempos de crisis, Serie documentos e informes de Investigación N186, Buenos Aires: Proyecto IDRC / FLACSO.
- FERNANDEZ, G. (2001), “La ciudadanía en el marco de las políticas educativas”, en: Revista Iberoamericana de Educación, N 26, pp.167-199, Madrid: OE

- FOUCAULT, M: (2007) El nacimiento de la biopolítica. Fondo de la cultura Económica, Buenos Aires
- GALEANO, E (2005) Chagas, una tragedia silenciosa, en Médicos sin Fronteras. Buenos Aires, Losada
- GARCÍA-ZAPATA M.T.A, MARSDEN P (1994) Enfermedad de Chagas: control y vigilancia con insecticidas y participación comunitaria en Mambai, Goias, Brasil. Bol Of Sanit Panam. 116:97-110.
- GIORDAN A. (2003) Las concepciones del educando como trampolín para el aprendizaje. El modelo alostérico. Revista Novedades Educativas. Buenos Aires (Argentina)-México. 15(154):16-19
- INICIATIVATIVA DEL CONO SUR (INCOSUR) – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (PAHO) (2002) XI Reunión de la Comisión Intergubernamental para la eliminación de Triatoma infestans y la Interrupción de la Tripanosomiasis Americana por Transfusión. Paraguay. [en línea] [consulta 23 de Mayo 2011], disponible en <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/xi-incosur.htm>
- JENSEN B.B. (1997) A case of two paradigms within health education. Health Education Research. Theory & Practice. 12:419-428.
- KORNBLIT A, MENDES DIZ A.M, DI LEO P, CAMAROTTI A. (2007) Entre la teoría y la práctica: algunas reflexiones en torno al sujeto en el campo de la promoción de la salud. Revista Argentina de Sociología, 5(8):9-25
- KORNBLIT A. L, MENDES DIZ, A. M. (2004), Teoría y práctica en promoción de la salud el caso del consumo abusivo de drogas, en: KORNBLIT, A., L. (coord.), Nuevos estudios sobre drogadicción. Consumo e identidad, Buenos Aires, Biblos.
- MATTOS R. A. (2005) Cuidado prudente para una vida decente. en: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado. As fronteiras da integralidade. Río de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO
- MINISTERIO DE SALUD – PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2007) Dossier Informativo del Programa Federal de Chagas. [en línea] [consulta 26 de Mayo 2011], disponible en http://www.msal.gov.ar/html/site/pdf/confesa_2008/acta_cofesa_0707/anexos/anexo_V_dossier_informativo_programa_federal_chagas.pdf
- MOREL C. (1998) Chagas Disease. From discovery to control – and beyond. Benjamín Osuntokun Memorial Lecture. World Health Organisation, Geneva.
- OMS. (2007). Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Grupo de trabajo científico. OMS-TDR/GTC/09. Organización Mundial de la Salud
- SANMARTINO M, CROCCO L (2000). Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. Pan Am J Public Health. 7:173-178
- SANMARTINO M. (2010). Chagas, educación y perspectiva CTS. Sección Portafolio – Artículos. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS.
- SANMARTINO, M. (2006) Faire face à la maladie de Chagas en partant des conceptions des populations concernées. Thèse doctorale, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Éducation. Université de Genève, Genève.
- SANMARTINO, M. (2009). ¿Qué es lo primero que piensa cuando escucha la palabra “Chagas”? Rev. Esc. Salud Pública, Fac. Cienc. Méd., Univ. Nac. Córdoba 1 (XIII): 74-78.

- SIERRA, S. y Natalia Fattore, (2007), La escuela argentina: una aventura de tres siglos, Colección Explora Pedagogía, Buenos Aires: Ministerio de Educación (en prensa).
- SIEDE, I. (2007), La educación política: ensayos sobre ética y ciudadanía en la escuela. Bs As : Paidós.
- STORINO, R., M. JÖRG & S. AUGER. (2003). Atención médica del paciente chagásico. Manual práctico. Un enfoque biológico, antropológico y social. Ed. Ediprof., Buenos Aires.
- TIRAMONTI, G. (comp.) (2004), La trama de la desigualdad educativa. Mutaciones recientes en la escuela media. Buenos Aires: Manantial.
- ZABALA, J. P. (2009). Historia de la enfermedad de Chagas en Argentina: evolución conceptual, institucional y política. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos 16 (1): 57-74.