

# **El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja.**

Carolina Amieva.

Cita:

Carolina Amieva (2013). *El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja*. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/747>



**20 años de pensar y repensar la sociología.  
Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI  
1 al 6 de julio de 2013**

Mesa: 79 – La Investigación Social y la salud

Título de la ponencia: *“El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja.”*

Autora: Amieva, Carolina<sup>1</sup> (CONICET – GDC- IFLYSIB - UNLP)

**RESUMEN:**

A más de 100 años del descubrimiento del Chagas, esta se ha convertido en una problemática compleja que excede los límites del tratamiento bio-médico adoptado hasta el momento.

Tal como lo plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Chagas constituye uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina tratándose de una de las endemias más expandida del continente. En el año 2006, dicho organismo 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.

Lo cierto es que 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, siendo actualmente es un símbolo de las profundas inequidades que arrastra el continente. A esto se le suma que ya desde hace un tiempo el Chagas, dejó de ser un problema exclusivamente rural, de contextos de pobreza y exclusivamente latinoamericano.

Por lo tanto dadas las características de los contextos actuales donde el Chagas existe, se requieren de nuevas aproximaciones sociales, educativas, político-económicas de investigación, prevención, control que brinden respuestas integrales, acordes a las características de los escenarios actuales.

En este sentido nos parece esencial reflexionar en este trabajo acerca de la incorporación de la mirada de las ciencias sociales, en este caso de la sociología, para repensar esta problemática.

**PALABRAS CLAVE:**

Chagas, Ciencias Sociales, Salud

---

<sup>1</sup> Lic. en Sociología UBA. Doctoranda en Cs. Sociales UBA. Docente de Metodología de la Investigación Social, Carrera de Sociología FSOC-UBA. Becaria Doctoral CONICET en el Grupo de Didáctica de las Ciencias, IFLYSIB, UNLP, CONICET - carolina.amieva@conicet.gov.ar

## Introducción:

El Chagas es una enfermedad parasitaria causada por un protozoo flagelado, el *Trypanosoma cruzi*<sup>2</sup>. 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 vivienda, escasez de información y falta de acceso a servicios sanitarios básicos, por lo que 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 Nacional de Chagas (Ministerio de Salud, 2012) se estima que, en Argentina, al menos un millón y medio de personas tienen Chagas, lo que representa el 3% de la población total del país al censo 2010. Esta situación nos ubicaría en el tercer país del mundo con mayor cantidad de casos de Chagas, después de Bolivia y Paraguay.

Dentro del país se presenta una lo que se denomina una “*situación de riesgo universal*” (Ministerio de Salud, 2012) que significa que las 24 jurisdicciones poseen riesgo de transmisión congénita derivado de las migraciones internas e internacionales de países vecinos con elevada endemicidad. En este sentido, según el mapa de Riesgo de Transmisión vectorial provisto por el Programa Nacional de Chagas (Ministerio de Salud, 2012) las vinchucas están presentes en casi todo el territorio del país exceptuando las provincias ubicadas en el Sur, en consecuencia las provincias se clasificarán según el riesgo endémico de contraer la enfermedad en dichos lugares. Estarán aquellas con riesgo de transmisión congénita, sin riesgo de transmisión vectorial<sup>3</sup>, con bajo riesgo de transmisión vectorial<sup>4</sup>, con mediano riesgo transmisión vectorial<sup>5</sup> y con alto riesgo transmisión vectorial<sup>6</sup>. Esto se determinará según la cantidad de casos agudos<sup>7</sup>

---

<sup>2</sup> 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 transplante 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).

<sup>3</sup> Esto involucra a todas las provincias, pero especialmente aquellas donde no hay riesgo de transmisión vectorial como Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego y Buenos Aires ya se registran vinchucas en el territorio (Ministerio de la Salud, 2012)

<sup>4</sup> Esto involucra a las provincias de Misiones, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Neuquén y Río Negro y Santa Fé y significa certificaron la interrupción de la transmisión vectorial mediante la demostración de los indicadores entomológicos y serológicos y la cobertura de vigilancia activa (Ministerio de la Salud, 2012)

<sup>5</sup> Esto involucra a las provincias de Catamarca, Córdoba, La Rioja, Corrientes, San Luis, 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%. (Ministerio de la Salud, 2012)

<sup>6</sup> Esto involucra a las provincias de Chaco, Formosa, Mendoza, San Juan y Santiago del Estero y Salta 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%. (Ministerio de la Salud, 2012)

que presenten dichos lugares, la vigilancia epidemiológica por parte de los gobiernos y los casos de Chagas congénito o en menores de 5 años.

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, 2009a, 2009b, 2010a, 2010b; 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 presentándose casos actualmente en Europa y Estados Unidos. (Briceño León & Galván, 2007)

### **Las ciencias sociales y la salud: una historia reciente**

Las ciencias sociales tienen una corta historia en relación al ámbito de la salud en la historia de la ciencia. La conformación de esta área disciplinar propiamente dicha puede ubicarse luego de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo sus orígenes ya pueden ser rastreados mucho antes circunscriptos al mundo médico y sin demasiado impacto en las ciencias sociales. (Briceño León, 2003)

En los inicios del siglo XX, se presentaba un especial interés por las condiciones sociales y ambientales que podían dar lugar a la enfermedad. Dicho interés tenía que ver con el desarrollo de la medicina en la época siendo el perfil del médico aquel que se ocupaba tanto de lo biológico como de “lo social” es decir aquello asociado a la sensibilidad por el sufrimiento del otro enfermo. (Briceño León, 2003)

Esta preocupación por lo social, comienza a disminuir con la aparición de los antibióticos, los insecticidas y la tecnología médica (Briceño León, 2003) quedando reservada a los médicos dedicados a la salud pública las preocupaciones acerca de las condiciones ambientales y sociales de la enfermedad.

En este sentido, tal como plantea Briceño-León (2003) los primeros escritos que pueden encontrarse de sociología de la salud fueron escritos por médicos. Dos de estos textos más antiguos pioneros en la temática fueron publicados en Francia por Jules Guèrin en 1848 sobre la medicina social y en Estados Unidos en 1893 por Charles McIntire sobre la importancia del estudio de la sociología médica (Nunes, 1999).

Ciertamente, durante los primeros años del Siglo XX, los mayores avances desde las ciencias sociales estuvieron dados por la psicología a través del inicio e instauración del psicoanálisis. Dicha corriente marcó una nueva orientación de la medicina en relación a la mente humana, que sentó las bases

---

<sup>7</sup> 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)

para lo que Habermas denominó la creación de una nueva “ciencia humana” basada en la autorreflexión.

Quizás, como plantea Briceño León (2003) el aporte central en la definición de este campo teórico lo constituyó el análisis que hizo el sociólogo norteamericano Talcott Parsons en cuanto a la relación entre el médico y el paciente dentro de una estructura social. En el capítulo de su libro “El sistema social” (1951) ejemplifica la teoría de los roles y la desviación para mostrar como ser paciente o ser médico son roles sociales que tienen un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y que se le imponen a los individuos.

Este análisis desde la teoría funcionalista de la relación médico-paciente publicada a inicios de los años cincuenta cambió la situación del campo teórico de las ciencias sociales, la salud y la medicina, abriendo un novedoso terreno para las investigaciones y estudios en las carreras de sociología.

Este proceso que se desarrolla durante los años cincuenta, ocurre de manera paralela con una importante expansión del mercado de trabajo en las oficinas de los gobiernos, en los ministerios de salud y en oficinas locales con responsabilidad sanitaria así como también en las universidades (Cockerman,2000). Dicha expansión del empleo permitió dar trabajo a una gran cantidad de sociólogos, antropólogos, psicólogos, entre otros especialistas y es así que a fines de la década de los cincuenta había una comunidad importante de científicos sociales dedicados a este dominio. (Briceño León, 2003) Este “boom” de profesionales sociales dedicados a temas de la salud provocaron que en la década siguiente se generaran distintas asociaciones gremiales como la Asociación Americana de Sociología en 1962, el grupo de sociología médica de la Asociación Británica de Sociología en 1964; y el Comité de Investigación Número 15 de la Sociología Médica en la Asociación Internacional de Sociología en 1966. (Briceño León, 2003)

Sin embargo, este impacto fue menor y retrasado en América Latina, ya que no había suficientes profesionales en las áreas sociales en tal momento siendo recién su apogeo en la siguiente década.

Es entonces partir de los años cincuenta que es posible establecer lo que ha sido la construcción de un campo teórico de la salud desde lo social.

Una primera aproximación en la construcción de este campo teórico estuvo muy marcada por los estudios focalizados en la profesión médica y sus distintas facetas en tanto construcción del rol de médico. El principal interés estaba centrado en la manera por la cual los estudiantes de medicina se iban adaptando a las nuevas exigencias de su desempeño, por un lado con los vínculos sociales que debían establecer con los pacientes y sus familiares, como con el resto de personal médico y, por el otro, con sus propios sentimientos, es decir, con las insensibilidades que debían desarrollar para no sucumbir ante el sufrimiento ajeno. (Briceño León, 2003)

Un estudio inicial en esta área fue llevado a cabo por Robert Merton, junto a G. Reader y P. Kendall (1957) sobre los mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina, en el cual se aplicaron todos los desarrollos que la teoría funcionalista. Esta tradición continuó con un muy importante estudio llevado a cabo por Howard Becker, junto a B. Geer, E. Hughes y A. Strauss (1961) sobre el mismo tema, pero con una metodología completamente distinta, ya que se trataba de utilizar la observación participante en el contexto teórico de los inicios del interaccionismo simbólico.

Otra manera de abordar el campo teórico fue indagar acerca de la relación entre los pacientes y los médicos y el sistema de salud. Dentro de estos abordajes la "teoría del etiquetado" la cual se desarrolló a partir de los años sesenta en los Estados Unidos en lo que se consideró una continuidad de la escuela sociológica de Chicago. Esta teoría tuvo la particular característica de enfocar los estudios hacia las formas en que el sistema de salud consideraba a los enfermos. Quizá el ejemplo más notable de este tipo de estudios fue el de E. Goffmann con su libro sobre el estigma (1963), donde estudia a los paralíticos, ciegos, deformes con labios leporinos, y analiza el comportamiento de estos individuos en el contexto de las colectividades en las cuales viven.

Lo que más valioso de estos estudios mencionados en el párrafo anterior, fue que cambiaron el foco de interés del paciente o de su relación específica de éste con el médico, para el estudio de todo el sistema de salud (Briceño León, 2003)

En este sentido, las ciencias sociales también se comenzaron a ocupar del estudio de los hospitales y del sistema de salud con perspectivas muy diversas. Estuvieron aquellos que desarrollaron críticas más frontales a dichas instituciones y saberes como M. Foucault en su libro sobre el nacimiento de la clínica (1973), así como también aquellos que procuraron comprender los múltiples aspectos del sistema médico y de los hospitales como el estudio etnográfico llevado a cabo por E. Goffmann (1970).

A pesar de este interés por el estudio de los sistemas de salud, fue recién a partir de los años ochenta con el inicio del proceso de reforma del estado, cuando se llegó a poder realizar estudios sobre el sistema de salud en una perspectiva institucional. Es decir, ya no centrados en el análisis de interpretar la institución social, o las relaciones sociales - de poder y sumisión - que en ella se daban, sino de ubicar en el contexto del Estado, sus limitaciones y sus posibilidades.

Por otra parte, a partir de los años setenta, se cambió el énfasis y se comenzó a trabajar de manera más marcada en la comprensión de las enfermedades desde el punto de vista social, con una perspectiva que privilegia su origen social (Barata, 1997). En este sentido, estas explicaciones pusieron el acento o en el comportamiento individual con las llamados estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) o más bien en las condicionantes sociales de las enfermedades. (Briceño León, 2003)

En particular nos interesa indagar esta última corriente que se acerca a las visiones que proponemos desde este artículo.

La enfermedad como un asunto colectivo ha sido tratada desde muy diversos ángulos. Las diferencias radican en cómo se entiende la situación, la escala en la cual se trabaja y, por supuesto, las maneras cómo se interpretan lo social. (Briceño León, 2003) Las escalas de análisis de la enfermedad en tanto asunto colectivo pueden moverse ser de tipo microsocial, como sería el análisis de la familia o la vivienda, o de tipo macrosocial como sería el análisis del impacto de la organización en clases, de las formas de división internacional del trabajo y las condiciones materiales del capitalismo en el desarrollo de la enfermedad. Pero, en todos los casos, la variable explicativa es de tipo colectivo o estructural, nunca individual, y por eso fueron las ciencias sociales como la sociología y la antropología las que las adoptaron.

Dentro de la dimensión microsocial fue muy importante el estudio de la vivienda como un factor social que determinaba la transmisión de ciertas enfermedades como es el caso del Chagas. En estos casos son las condiciones de la

vivienda, sus cualidades o sus carencias lo que permite u obliga a la exposición al riesgo de contraer la enfermedad. (Briceño León, 2003)

Por otro lado, dentro de la dimensión macrosocial, se procuró una interpretación de las enfermedades como el resultado de un proceso social amplio, como, por ejemplo, los procesos de reforma neoliberal, y de achicamiento del Estado con consecuencias lógicas en la eliminación de los programas sociales y sanitarios de control de muchas enfermedades. (Briceño León, 2003)

Es por esta necesidad de considerar aspectos tan variados en el análisis de una situación epidemiológica compleja, han surgido visiones holistas como las que se proponen al final de este artículo que procuran combinar los enfoques macrosociales con las microsociales.

En resumen, como se describió anteriormente, las corrientes precursoras de los acercamientos entre las ciencias sociales y la salud surgieron primeramente dentro de los ámbitos puramente médico. Posteriormente, por esta influencia y desde una visión ampliamente crítica, las ciencias sociales exploraron como los procesos sociales pueden ser los causantes de algunas enfermedades, desde lo individual y lo colectivo.

En este sentido queda evidenciado como esta área es relativamente nueva, posee una gran diversidad, con cambios permanentes en su enfoque, en sus áreas de estudio y en su conceptualización. Esta variedad cambiante muestra por un lado la riqueza y fecundidad de este campo teórico, y por el otro, su juventud. Es realmente un campo donde es necesario aun mucho trabajo teórico que sea capaz de construir teorías que permitan agrupar y darle coherencia y sentido a las experiencias de investigación e intervención ya realizadas hasta el momento.

Una importante contribución que han tenido las ciencias sociales de la salud en la última década ha sido el hacer visible y legítimo el uso de las técnicas cualitativas en investigaciones de este tipo.

En este sentido, el campo de las ciencias sociales de la salud debe ser integrador y comprensivo, y mostrar un balance que no se midan solamente por la coherencia de sus teorías, sino por su capacidad de contribuir realmente al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

## **La historia del Chagas en Argentina**

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 brasilero, 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 *trypanosoma 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, especialmente cuando toma 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. 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 práctica 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. (Zabala, 2009)

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. (Zabala, 2009) 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.

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. (Zabala, 2009)

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.

### **Chagas y Ciencias sociales: antecedentes**

Este apartado tiene por finalidad describir la vinculación que ha tenido el Chagas con los aspectos sociales y en última instancia con las Ciencias Sociales a lo largo de estos últimos 100 años desde el descubrimiento de la enfermedad.

Ya en desde el primer artículo de Carlos Chagas en 1909 hay un esfuerzo por describir la situación social de la enfermedad: *“hay un designio nefasto en el estudio de la tripanosomiasis, cada trabajo, cada estudio apunta un dedo hacia una población mal nutrida que vive en malas condiciones; apunta hacia un problema económico y social que a los gobernantes les produce tremenda desazón pues es testimonio de su incapacidad para resolver un problema inconmensurable. [...] Hable de esta enfermedad y tendrá a los gobiernos en contra”* (Moratal Ibañez et al., 2006).

Lo mismo puede encontrarse en los sucesivos estudios y escritos que continuaron el análisis de la problemática a principios y mediados de siglo. A modo de ejemplo se encuentran los estudios de: Emmanuel Díaz, discípulo de Carlos Chagas, en Brasil acerca de las condiciones sociales de la enfermedad; Mazza, pionero investigador del tema en Argentina, planteando al tema como “asunto subversivo para la estructura agraria dominante”; Romaña, también de Argentina; Torrealba y Gabaldón, en Venezuela, analizando las condiciones sociales de la vivienda y la transmisión de la enfermedad. Dichos investigadores, por su manera de abordar la problemática, no pretenden establecer un campo teórico nuevo de abordaje de las temáticas de la salud en sus escritos, más bien plantean la necesidad urgente de incorporar nuevos saberes que contemplen esos aspectos. (Briceño, León, 2003).

Teniendo en cuenta ya los análisis más específicos de la enfermedad desde la perspectiva individual desde los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) descriptos anteriormente, encontramos las investigaciones de Cabrera et al. (2003), Sanabria Rojas et al. (2002), Sanmartino, (1999, 2001; 2005; 2006), Sanmartino y Crocco (2000) que analizan los factores de riesgo y su relación con el nivel de conocimientos acerca del Chagas, en cuyos resultados se reflejan un predominio de los factores de riesgo y un limitado nivel de conocimientos sobre la enfermedad, las ninfas y el mecanismo de transmisión.

Con respecto a los análisis de la enfermedad desde una perspectiva colectiva encontramos algunas pocas investigaciones acerca del Chagas tanto de tipo microsocioal como macrosocioal.

En cuando a las primeras perspectivas se sucedieron una serie de estudios que centraron su análisis en las condiciones de las viviendas como el techo de paja, las grietas en las paredes entre otros factores que permitían la presencia del vector de la enfermedad entre los sectores campesinos pobres (Zeledón y Vargas, 1984; Dias, 1985;). En los mismos se reflexiona acerca del papel de aquellas condiciones y si realmente el “arreglo” de las mismas favorece al mejoramiento de la calidad de vida y salud de las poblaciones afectadas.

En cuanto a las segundas perspectivas, se encontraron estudios como el de Silva (1999) donde se muestra cómo se relaciona la expansión de la enfermedad en Sao Paulo con los cambios que se dan en las relaciones sociales de trabajo, la organización y ocupación del espacio. De la misma forma otros estudios como el de Schofield (1988) muestran como la población indígena que originalmente sufría la enfermedad en el territorio de Bolivia se va expandiendo hacia el resto del continente, planteando el papel de las migraciones en el estudio de la problemática. En esta misma línea, se destaca la investigación realizada por el sociólogo venezolano Briceño León (1990) donde se plantea el papel que ocupa la casa en la problemática del Chagas en cuanto la misma está en directa relación con las condiciones sociales y económicas de las personas afectadas. Por último encontramos la investigación realizada por el sociólogo Argentino Zabala (2009) donde se realiza todo un recorrido histórico y social para describir y analizar la enfermedad del Chagas desde su descubrimiento hasta la actualidad.

Tal como se puede percibir luego de lo descrito, la vinculación entre las Cs. Sociales y la problemática del Chagas no tiene un desarrollo muy acabado al momento, son contadas las investigaciones que intentan abordar este problema con un enfoque social, colectivo, desnaturalizado, desde los procesos que priorice la voz de los propios actores. (Amieva, 2013). Es por ello que planteamos la importancia de seguir profundizando el análisis desde la mirada social encontrando a su vez puntos de encuentro con el resto de los enfoques especialmente los biomédicas autorizadas para hablar de Chagas tradicionalmente. (Amieva, 2013)

### **Reflexiones finales: (re) pensando el Chagas desde lo social entre sus múltiples dimensiones de análisis**

A partir de todo lo expuesto queda en claro que el Chagas es un problema de salud pública importante tanto en la región como en Argentina que ha sido invisibilizado y olvidado a lo largo de muchas décadas. (Amieva, 2013)

Del mismo modo queda en evidencia que establecer un área nueva de conocimiento o un modo diferente de hacer actividades científicas es un proceso complejo, ya que no se trata de una acción que se realiza en un espacio vacío sino que se erige en un terreno ya ocupado donde existen disputas y luchas por la apropiación del poder y del saber (Foucault, 1969)

En el caso del Chagas, observamos como la enfermedad, a lo largo del siglo XX, fue considerada, tanto como una patología inexistente, como una “rareza”, como un problema nacional de primera envergadura y nuevamente olvidada desde los años 80 hasta mediados del 2000 (Zabala, 2009)

Sin embargo, estos cambios de consideración, no se tradujeron 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 creemos que

existe 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).

En este sentido, y teniendo en cuenta el escaso desarrollo teórico realizado al momento actual por las ciencias sociales en el tema, creemos que debe abordarse la problemática desde una perspectiva transdisciplinaria y holista que contemple la mirada social como constitutiva de dichos análisis. (Sanmartino *et.al*, 2012)

Por lo tanto, desde el proyecto de investigación y extensión “*¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas?*”<sup>8</sup> proponemos abordar la problemática a través de *miradas caleidoscópicas* entendidas como “*los espejos en el interior de los caleidoscopios hacen que podamos ver multiplicados las cuentas coloridas y multiformes que contienen, formándose así imágenes diferentes cada vez que los giramos. Del mismo modo, construir miradas caleidoscópicas es favorecer la observación de lo mismo, pero desde distintos puntos de vista, de forma que la superposición de diferentes imágenes parciales nos permitan construir una imagen más compleja y rica que la que teníamos sobre el tema* (Alderoqui y Pedersoli, 2011). Dichas miradas deben trascender los enfoques reduccionistas y estereotipados del Chagas como “una enfermedad de pobres”, restringida al ámbito rural y de incumbencia exclusivamente biomédica, para poner en práctica un abordaje integral del tema.

Para llevar a cabo esta tarea definimos cuatro grandes dimensiones de análisis (biomédica, epidemiológica, sociocultural-económica y política), cuyos elementos se conjugan dinámicamente para constituir el entramado que expresa toda la complejidad del Chagas. (Sanmartino *et.al*, 2012)

- *Dimensión Biomédica:* abarca los aspectos biológicos, es decir, la biología del agente causal y del vector (ciclos de vida, comportamientos, hábitats, distribución, entre otras) y los aspectos médicos relacionados con la manifestación de la enfermedad, su diagnóstico, tratamiento, prevención y las vías de transmisión.

- *Dimensión Epidemiológica:* incluye los aspectos que permiten caracterizar la situación de la problemática a nivel poblacional, a través de parámetros como: la prevalencia e incidencia, su distribución, índices de infestación, entre otros. También se contempla el fenómeno de los crecientes movimientos migratorios por los cuales el Chagas dejó de ser un problema únicamente rural y una realidad exclusivamente latinoamericana.

- *Dimensión Social-Cultural y Económica:* involucra aspectos vinculados a las condiciones de vivienda, pautas culturales, organización de domicilio y peridomicilio, condiciones socio-económicas, particularidades de los contextos rurales y urbanos, así como valoraciones sociales (discriminación, prejuicios, entre otras).

- *Dimensión Política:* comprende aquellos aspectos relacionados con la gestión pública y la toma de decisiones a nivel sanitario, educativo, legislativo y económico; tanto a nivel local, como regional y mundial.

A partir de estas consideraciones, definimos -de manera muy sintética -al Chagas como un problema complejo que supera los límites de lo biomédico y que involucra aspectos vinculados a ciertas condiciones y problemáticas no siempre tenidas en cuenta a la hora de abordar el tema. “*Cuando intentamos imaginar la compleja trama de elementos involucrados es cuando podemos*

---

<sup>8</sup> <http://www.facebook.com/HablamosDeChagas>

*empezar a comprender verdaderamente de qué hablamos cuando hablamos del Chagas. Se hace fundamental entonces, entender que las respuestas que deben desarrollarse no pueden ser exclusivamente biológicas o médicas. Tanto en el entorno original como en los nuevos escenarios se necesitan respuestas que involucren de manera activa -y contemplando las particularidades de cada caso- a todos los actores implicados y a todas las disciplinas y campos de conocimiento que abordan el tema. Debemos entre todos y todas contemplar al Chagas desde una mirada integral que no esté orientada sólo a evitar la enfermedad, sino a la promoción de la salud de las poblaciones afectadas” (Sanmartino, 2011).*

## **Bibliografía consultada**

- AMIEVA, C (2013): “¿Por qué estudiar el Chagas desde la escuela? Análisis Preliminar de un problema de estudio”. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. 7(1) 326:347. ISSN 1887 – 3898.
- ALDEROQUI, S. & PEDERSOLI, C. (2011). La educación en los museos. De los objetos a los visitantes. Buenos Aires, Editorial Paidós
- BARATA R. (1997). Condições de vida e situação de saúde. Abrasco, Rio de Janeiro.
- BECKER H. S., GEER B., HUGHES E. & STRAUSS A. (1961). Boys in white: student culture in medical school. Chicago University Press, Chicago
- BECKER H. S (1985). Outsiders, études de sociologie de la deviance. Editions Métailié, Paris
- BRICEÑO LEÓN, R. (1990) La casa enferma. Sociología de la enfermedad del Chagas. Fondo editorial Acta Científica Venezolana. Consorcio de Ediciones Carriles, Caracas
- BRICEÑO LEÓN, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. Ciênc. Saúde Coletiva, 8, (1), 33-45
- BRICEÑO LEÓN, R. (1990) La casa enferma. Sociología de la enfermedad del Chagas. Fondo editorial Acta Científica Venezolana. Consorcio de Ediciones Carriles, Caracas
- 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.
- CABRERA, R; MAYO, C; SUÁREZ, N; INFANTE, C; NÁQUIRA, C Y GARCÍA ZAPATA, M. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad de Chagas en población escolar de una zona endémica del Perú. Cad. Saúde Pública, 19, (1).
- COCKERHAM W. C (2000). Medical sociology at the millennium, pp. 420-442. In SR Quah & A Sales (eds.). The international handbook of sociology. The Cromwell Press Ltd., Trowbridge, Wilshire.
- DIAS J.C.P (1985). Aspectos socioculturais e econômicos na expansão e no controle da doença de Chagas humana, p. 120. Annales de la Société Belge de Medicine Tropical, suppl.
- FOUCAULT, M. (1969) LA ARQUEOLOGÍA DEL SABER. México: Siglo Veintiuno, 1970. (Paris: Gallimard, 1969)
- FOUCAULT M. (1973). Naissance de la clinique: Une archeologie du regard medical. Press Universitaires de France, París.
- GOFFMAN E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- GOFFMAN E. (1970). Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu Editores, Buenos Aires.
- MERTON R.K, READER G & KENDALL P. (1957). The student physician. Harvard University Press, Cambridge.
- MORATAL IBAÑEZ, L; CARLI, A Y KENNEL B. (2006). Mal de Chagas. La enfermedad de la pobreza, Casas de fuego. Rev. Medica. Cine, 2, 66-73.
- MOREL C. (1998) Chagas Disease. From discovery to control – and beyond. Benjamín Osuntokun Memorial Lecture. World Health Organisation, Geneva.
- MINISTERIO DE SALUD – PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2012) El Chagas en el país y en América Latina [en línea] [consulta 30 de Abril 2013], disponible en <http://www.msal.gov.ar/chagas/index.php/informacion-para-ciudadanos/el-chagas-en-el-pais-y-america-latina>
- NUNES, E (1999). Sobre a sociologia da saúde. Hucitec, São Paulo.

- OMS. (2007). Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Grupo de trabajo científico. OMS-TDR/GTC/09. Organización Mundial de la Salud
- PARSONS, T (1966). El sistema social. Biblioteca de la Revista de Occidente, Madrid.
- SANABRIA ROJAS, H; GUEVARA SARAVIA, M; BIANCHI VALLEJOS, S; VERA ORTIZ, G Y PALOMINO SLACEDO, G. (2002). Estudio sobre el vector de la enfermedad de Chagas. Estudio Cualitativo en Parcona, Ica. Universidades, 24, 19-24.
- SCHOFIELD C.J (1988). Biosystematics of the triatominae. Biosystematics of Haematophagous insects. Clarendon Press, Oxford.
- SANMARTINO, M. (1999). Análisis de factores de riesgo para Chagas y su relación con el nivel de conocimientos sobre la enfermedad en comunidades del norte cordobés y del sur pampeano. Revista de Educación en Biología, 2, (2), 53-55.
- SANMARTINO, M. Y CROCCO, L. (2000). Conocimientos sobre la enfermedad de Chagas y factores de riesgo en comunidades epidemiológicamente diferentes de Argentina. Rev Panam. Salud Publica, 7, (3), 173-178.
- SANMARTINO, M. (2001). La enfermedad de Chagas desde un enfoque CTS. Organización de Estados Iberoamericanos -Ciencia, Tecnología y Sociedad.
- SANMARTINO, M. (2005). Hacer frente al Chagas desde la didáctica de las ciencias. Prociencia.
- SANMARTINO, M. (2006). Faire face à la maladie de Chagas en partant des conceptions des populations concernées. Thèse. Dir: Prof. André Giordan. Université de Genève, Faculté de Psychologie et Sciences de l'Education, LDES. Genève.
- SANMARTINO, M. (2009a). Tener Chagas en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de la Plata (Argentina). Revista Biomédica, 20, 216-227.
- SANMARTINO, M. (2009b). Viejos problemas, nuevos desafíos: el caso del Chagas en América Latina. Actas del III Congreso Internacional de Educación. Construcciones y perspectivas miradas desde y hacia América Latina. Facultad de Humanidades y Ciencias, Universidad Nacional del Litoral. Santa Fé.
- SANMARTINO, M. (2010a). Enseñanza sobre Chagas a partir de las concepciones de la población, en Storino, R. (2010). Chagas en el siglo XXI. De la enfermedad a la problemática social. En el centenario de su descubrimiento. Bs.As. Akadia.
- SANMARTINO, M. (2010b). Chagas, educación y perspectivas CTS. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad. CTS,1-11 (recuperado 3 de diciembre 2010 desde [www.revistacts.net/files/Portafolio/sanmartino\\_editado2.pdf](http://www.revistacts.net/files/Portafolio/sanmartino_editado2.pdf))
- SANMARTINO, M. (2011) "Chagas: Arte y Ciencia. Notas de un recorrido en construcción para abordar un problema complejo" *Revista Iberoamericana de Arritmología (RIA)*. Noviembre 1(2):261-268.
- SANMARTINO, M; MENEGAZ, A; MORDEGLIA, C; MENGASCINI, A; AMIEVA, C; CECCARELLI, S; BRAVO ALMONACID, G: (2012) "La problemática del chagas en 4D: representaciones de docentes de nivel inicial y primario de la plata" III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales. La Plata. Septiembre 2012. ISSN 2250-8473
- SILVA L.J (1999). A evolução da doença de Chagas no Estado de São Paulo. Hucitec-Funcraf, São Paulo.
- STORINO, R., M. JÖRG & S. AUGER. (2003). Atención médica del paciente chagásico. Manual práctico. Un enfoque biológico, antropológico y social. Ed. Ediprof., Buenos Aires.
- 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.
- ZELEDON R. & VARGAS L. (1984). The role of dirt floors and of firewood in rural dwellings in the epidemiology of Chagas disease in Costa Rica. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 33(2):232-235.