

Artículo Original

Representaciones sociales sobre la problemática de Chagas en un servicio de salud comunitaria del Gran La Plata, Buenos Aires, Argentina

Mariana Sanmartino¹, Carolina Amieva¹ y Paula Medone²

Resumen: Hablar de Chagas es hablar de una problemática compleja, definida por elementos de carácter biomédico, epidemiológico, sociocultural y político, que se conjugan dinámicamente. En este trabajo buscamos identificar y analizar las representaciones sobre Chagas de los integrantes del equipo de salud de un centro de atención periurbano de la ciudad de La Plata, Argentina. Mediante un abordaje cualitativo, se realizaron entrevistas semiestructuradas y se analizaron las respuestas con la técnica del análisis de contenido. Los resultados mostraron que la mayor parte de las personas entrevistadas no contempla al Chagas como una problemática en su contexto laboral cotidiano y manifiestan un fuerte sesgo biologicista en su formación profesional. Con este trabajo señalamos la urgente necesidad de reflexionar críticamente en torno a la formación de los profesionales de la salud en relación a problemáticas socioambientales complejas de importancia regional, como lo es el Chagas. (Global Health Promotion, 2018; 25(3): 102–110)

Palabras clave: análisis cualitativo, Argentina, entrevistas, equipo de salud, La Plata, Chagas, problemas socioambientales, salud pública

Introducción

El Chagas ha sido tradicionalmente entendido como una enfermedad crónica causada por el parásito *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*) y, si bien desde hace más de 50 años ha sido reconocido como un importante problema sanitario en América Latina, se estima que aún existen al menos 8 millones de personas infectadas con el *T. cruzi* en todo el mundo (1). Las políticas sanitarias, basadas principalmente en el control químico del insecto vector (conocido popularmente en Argentina como *vinchuca* o *chinche*), no han logrado responder integralmente a esta problemática (2).

Desde nuestra perspectiva, una de las principales fallas de las estrategias implementadas se encuentra en el predominio de la mirada restringida hacia el Chagas como una enfermedad, desconociendo que constituye una problemática compleja definida y

caracterizada por factores de diferente naturaleza, los cuales cobran sentido al ser considerados en mutua dependencia. Consideramos que la configuración particular del Chagas está dada por elementos de al menos cuatro dimensiones interrelacionadas, identificadas en nuestra propuesta como: dimensión biomédica, dimensión epidemiológica, dimensión sociocultural y dimensión política (3).

La dimensión biomédica incluye los aspectos que van desde la biología del agente causal de la enfermedad y del insecto vector (ciclo de vida, comportamiento, hábitat, etc.), hasta las cuestiones médicas relacionadas con las vías de transmisión y la manifestación clínica de la enfermedad, su diagnóstico y tratamiento.

La dimensión epidemiológica contempla los elementos que permiten caracterizar la situación de

1. Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos (IFLYSIB), Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad Nacional de La Plata (UNLP), La Plata, Argentina.
2. Centro de Estudios Parasitológicos y de Vectores, CONICET, UNLP, La Plata, Argentina.

Correspondencia a: Mariana Sanmartino, Grupo de Didáctica de las Ciencias, IFLYSIB, CONICET, UNLP, Calle 45, Número 289, entre 1 y 115, La Plata, Buenos Aires, 1900, Argentina. Email: mariana.sanmartino@gmail.com

(Artículo presentado el 5 de abril 2016. Tras la revisión por pares, se aceptó su publicación el 13 de septiembre 2016.)

la problemática a nivel poblacional, a través de parámetros como la prevalencia e incidencia, distribución geográfica, índices de infestación, etc. Al mismo tiempo, incluye aspectos como la distribución de los casos de personas afectadas según su ocupación, género y nivel educativo, incorporando a su vez elementos propios de los fenómenos migratorios de los últimos 40 años.

Por su parte, la dimensión sociocultural involucra los aspectos vinculados con las cosmovisiones y pautas culturales de los diferentes actores implicados (tales como la constitución y organización del domicilio y peri-domicilio, las características propias de la comunicación médico-paciente, etc.), y las particularidades de los contextos rurales y urbanos, así como también las valoraciones sociales (discriminación y prejuicios, entre otras).

Finalmente, la dimensión política incluye tanto las cuestiones relacionadas con la gestión pública y la toma de decisiones en los ámbitos sanitarios, educativos, legislativos y económicos a nivel local, regional y mundial como las decisiones que los ciudadanos toman de manera individual o colectivamente a la hora de abordar la temática, qué aspectos son priorizados y cuáles son omitidos.

De acuerdo a nuestra propuesta, los elementos de las cuatro dimensiones anteriores se combinan metafóricamente en un rompecabezas caleidoscópico (3) en el cual las partes solo cobran sentido al ser consideradas en mutua dependencia y en interrelación dentro del todo, dependiendo también de la perspectiva del análisis desde la cual las miramos (3–6). Las relaciones establecidas dentro y entre las dimensiones provocan que en determinado lugar del planeta hoy en día emerja la problemática del Chagas con características particulares, en comparación con otras regiones y momentos históricos.

A partir de estas consideraciones, buscando superar el abordaje fragmentario y parcial que ha caracterizado al tratamiento del tema, desde hace más de 10 años venimos desarrollando una línea de investigación que estudia de manera sistematizada (entre otros aspectos) las representaciones sociales sobre el Chagas de las personas directamente e indirectamente afectadas en diferentes contextos. Mediante el estudio de las representaciones sociales (RS) de diversos actores sociales, tales como campesinos y campesinas residentes en la zona endémica (4), personas con serología positiva residentes en áreas urbanas (6,7), y estudiantes y

docentes de distintos niveles educativos (5), pretendemos dar cuenta de la relevancia de abordar al Chagas como una problemática compleja, a través de una mirada integral (3–7).

El concepto de RS fue propuesto por Moscovici en 1961 (8,9), y desde entonces se ha consolidado en el desarrollo de una teoría que atraviesa las ciencias sociales, conformando un enfoque particular que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción. Sin embargo, tal como señalan Castorina y Kaplan (10): “...hay serios problemas para definirlos con rigor ya que se sitúan en la encrucijada entre lo psicológico y lo social, articulando relaciones sociales con aspectos cognitivos, de lenguaje y comunicación.”

De todas maneras, a los fines de este trabajo retomamos la propuesta de Jodelet (11,12), una de las principales continuadoras de las ideas de Moscovici, quien plantea que las personas conocen la realidad que les circunda mediante explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las RS sintetizan dichas explicaciones y organizan un conocimiento específico que está profundamente enraizado en el conocimiento del sentido común. Este último es socialmente elaborado e incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que tienen una función no solo en ciertas orientaciones de las conductas en la vida cotidiana, sino también en las formas de organización y comunicación (tanto en las relaciones individuales como en grupo).

Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se conforman, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de la práctica (11). Entonces, las RS son tanto pensamiento constituido (heredado, socialmente construido, naturalizado) como pensamiento constituyente, dado que no son el mero reflejo de una realidad, sino que son parte sustancial de la misma, en tanto producen los objetos que representan (13).

A partir de lo expuesto, el análisis de las RS sobre el Chagas de diferentes actores sociales contribuiría al mayor conocimiento de la complejidad, estereotipos, valoraciones y actitudes respecto de las personas afectadas; de los modos de transmisión, sus causas, consecuencias; y de los contextos donde

existe (6,7), lo cual constituiría un aporte fundamental para el diseño de estrategias sanitarias y educativas, acordes a cada contexto particular. Por lo tanto, en el presente trabajo buscamos identificar y analizar las RS sobre Chagas de los integrantes del equipo de salud de un servicio de salud comunitaria periurbano, próximo a la ciudad de La Plata, en la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Asimismo, procuramos aportar a la reflexión crítica en torno a la formación profesional vinculada a problemáticas socioambientales complejas de importancia regional, como lo es el Chagas. Desde este punto de vista resulta ineludible considerar a la educación como perspectiva fundamental (en todos los niveles del ámbito institucional y también en otros contextos educativos), no sólo como medio para optimizar las medidas tradicionales de prevención y control, sino también para comprender la complejidad del problema y su abordaje (3,4,14).

Metodología

Tal como mencionamos, el presente estudio se enmarca dentro de una línea de investigación que aborda, entre otros aspectos, el estudio de las RS sobre el Chagas de grupos sociales con diferentes características y en contextos diversos. De esta manera, desde una perspectiva de investigación cualitativa de corte descriptivo e interpretativo, buscamos indagar el universo de representaciones asociadas al Chagas de los integrantes de un equipo de salud. La perspectiva adoptada se fundamenta en la búsqueda del sentido de los fenómenos en el campo de la intersubjetividad (15), o dicho de otro modo, en el campo del encuentro entre la subjetividad que se inscribe en la vivencia de los informantes y en la del propio investigador, a través de las comprensiones e interpretaciones compartidas.

Para el relevamiento de la información se realizaron entrevistas semi-estructuradas y para su análisis, se utilizó la técnica de análisis de contenido (AC). Siguiendo la propuesta de Bardin (16), entendemos por AC al conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores (cuantitativos o no) por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes (16). Las categorías

de análisis construidas en este trabajo se definieron mediante el agrupamiento temático a partir de criterios previamente establecidos, así como también atendiendo a los elementos emergentes que pudieran surgir durante el proceso (17).

La población del estudio estuvo compuesta por trabajadores de un servicio de salud comunitaria, ubicado en contexto periurbano de una localidad próxima a la ciudad de La Plata (Provincia de Buenos Aires, Argentina), constituido en el año 2006 para reforzar la estructura sanitaria local con consultorios externos centrados en la atención de la comunidad.

Entre agosto y noviembre de 2008 se realizaron las entrevistas a 12 de las 17 personas que trabajaban en el Servicio: cinco médicos/as, tres enfermeros/as, una licenciada en obstetricia, una promotora de salud, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social. Las cinco personas que no fueron entrevistadas no se encontraban dentro del equipo que participaba de manera articulada en todas las actividades del Servicio de Salud (atención, trabajo comunitario y reuniones semanales). Para el desarrollo de las entrevistas, se trabajó con una guía de pautas que contenía los diferentes aspectos/ejes a tratar, y al igual que en experiencias anteriores (4,6,7), se utilizó como disparador inicial la consigna: "Cuénteme lo primero que viene a su mente al escuchar la palabra Chagas."

Las entrevistas fueron registradas en audio tras obtener la firma del correspondiente consentimiento informado, y posteriormente analizadas.

Resultados

De las respuestas obtenidas tras la consigna inicial, se observó que las imágenes o elementos referidos por las personas entrevistadas frente a la palabra "Chagas" fueron: pobreza, ranchos, región norte del país, vinchucas, enfermedad. En todos los casos, más allá de referencias específicas, se advirtió la alusión directa y exclusiva al contexto rural. En este sentido, es interesante destacar que estas ideas iniciales fueron repetidas y profundizadas a lo largo de la mayoría de las entrevistas. El personal del equipo de salud coincidió, en líneas generales, en considerar que las principales poblaciones afectadas por el Chagas pertenecen a pueblos originarios, rurales, caracterizados en la mayoría de los casos

como “pobres”, y que las zonas donde el Chagas se constituye como una enfermedad relevante corresponden al norte de Argentina.

Los testimonios reflejan que, si bien gran parte de los integrantes del equipo de salud entienden al Chagas como una problemática actual y vigente, la perciben como algo distante tanto geográfica como socialmente, llegando a considerarlo incluso como una realidad completamente ajena a su contexto cotidiano de trabajo. La idea del Chagas como algo “exótico” e “impensable” en un centro de salud periurbano surgió en más de un testimonio, en los que se refleja una sensación de sorpresa frente al tema:

- “...tengo muchos pacientes con Chagas, muchos, muchos más de los que pensé iba a tener” (E12, Médico Generalista); y
- “...siempre me pareció una enfermedad como exótica (...) algo que no tenía cerca...” (E2, Médica Generalista).

No obstante, más de la mitad de los entrevistados manifestaron tener en su entorno cercano (familiares, amistades y/o colegas) algún referente con Chagas:

- “...y nunca di importancia a que [Chagas] tenía mi papá...” (E6, Enfermero); y
- “...conozco a una chica, no me acordaba, vos sabés que no lo registro, una compañera pediatra, que tiene Chagas... se lo contagió de su mamá...” (E8, Médica Generalista).

Por otra parte, en los testimonios se encuentran múltiples menciones a la ruralidad y la marginalidad social (usadas indistintamente), como los principales “factores de riesgo” en relación al Chagas:

Jamás imaginé que iba a haber tanta gente con Chagas, pensaba que era una enfermedad exclusiva del norte... lo veía como una cosa así lejana, como que no podía estar entre nosotros en la urbanidad ... eso me sorprendió mucho del barrio. (E5, Enfermera)

Asimismo, resulta interesante destacar que entre los “factores de riesgo” señalados, se mencionaron principalmente aspectos socioculturales y político-económicos. En la mayoría de los testimonios, se

identificó a “la vivienda” como la principal responsable de la transmisión de la enfermedad, haciendo especial hincapié en las características de las casas tipo rancho (construcciones de adobe y techos de paja). Al mismo tiempo, se hizo referencia a la pobreza, la falta de educación, y la falta de acceso al sistema de salud, entre otros.

A partir de los testimonios se definió una configuración geográfica del riesgo en relación al Chagas, correspondiente con el norte de Argentina, la ruralidad, la precariedad y el aislamiento:

- “...está en el imaginario que el Chagas lo tienen las poblaciones pobres, por el tipo de vivienda que tienen...” (E8, Médica Generalista); y
- “...me parece que por ahí la gente analfabeta, no se puede informar sobre el asunto y no toma las medidas necesarias para, por ahí, para evitarlo...” (E10, Enfermero).

De los testimonios recogidos, surge una distinción clara entre un “nosotros”, profesionales de la salud, instruidos, con las costumbres y valores de higiene correctos, ajenos a la problemática y un “otros” constituido por personas vulnerables, frágiles, pasivas e incapaces de hacer algo para cambiar su propia situación: “...el tema de la limpieza, ... de los problemas socioeconómicos que llevan a que la gente esté más hacinada”... (E9, Terapeuta Ocupacional).

En cuanto a la formación profesional, el consenso entre los entrevistados fue que los conocimientos que disponen sobre el tema son insuficientes para el ejercicio de su práctica laboral cotidiana. En este sentido, la mayoría de las personas que participaron en el estudio refirió que fue en el Servicio de Salud en el cual trabajan donde comenzaron a advertir que el Chagas es un tema vigente:

Si yo no trabajara acá en el centro por ahí nunca en mi vida me plantearía nada en relación al Chagas, la primera gente que vi de carne y hueso que tenía la enfermedad me pasó acá. (E2, Médica Generalista)

Prácticamente de manera unánime, los entrevistados hicieron referencia a no haber abordado el tema de manera exhaustiva o acertada durante su carrera académica, e inclusive, en gran parte de los casos,

refirieron directamente el no haber hablado de Chagas en ningún momento de su formación profesional: "...en la facultad nunca hablamos del Chagas ni nada de eso, (siento) vergüencita de ser tan ignorante..." (E2, Médica Generalista).

Esto a su vez condujo, en algunos casos, a una reflexión acerca de la fuerte orientación biologicista que mencionaron haber obtenido durante su formación profesional, en la que el Chagas se reduce a los aspectos biomédicos (enfermedad crónica, infección parasitaria, tratamiento, etc.), ignorando prácticamente por completo los aspectos más integrales relacionados con las personas afectadas y sus contextos: "[en la facultad no vimos] ...nada que tuviera que ver con seres humanos que tuvieran enfermedad..." (E1, Médica Generalista).

Sin embargo, resulta interesante destacar que al momento de abordar cuestiones más específicas de la enfermedad de Chagas propiamente dicha, las personas entrevistadas hicieron referencia a dos tipos de "consecuencias", mencionando con diferente nivel de profundidad las relacionadas con factores clínicos (afecciones cardíacas o digestivas, muerte, etc.) y las vinculadas a ciertos aspectos como el miedo y la discriminación laboral:

En los hombres jóvenes el no tener trabajo, es decir que quedan fuera del mercado laboral, esa es la peor consecuencia, a pesar de que no tengan nada, de que no tengan una miocardiopatía. (E3, Médica Generalista)

Por otra parte, pero también en relación con la formación profesional, los testimonios pusieron de manifiesto la falta de bibliografía especializada, actualizada y propia de los países endémicos, ya que (según sus relatos) la principal bibliografía recomendada en la facultad proviene de países anglosajones, en donde el Chagas es considerado una enfermedad infecciosa foránea. Estos testimonios podrían explicar la falta de profundización en el tema, como así también la falta de referencia a los aspectos político-económicos y socioculturales, afectando negativamente la práctica profesional:

Me parece que los médicos complicamos demasiado el tema...o sea, el tema de asustar, se

desinforma, se dice cualquier cosa, nosotros tenemos muy mala formación, y además transmitimos mucho prejuicio con el tema del Chagas. (E12, Médico Generalista)

A modo de síntesis, siguiendo la estructura de las RS en base a sus dimensiones (la información, la actitud y el campo representacional) (18), identificamos que el campo de la *información* está conformado por los conocimientos cuantitativos y cualitativos construidos por el personal de salud acerca de la problemática del Chagas. Al respecto observamos que, prácticamente de forma unánime, los entrevistados manifestaron no haber recibido una formación sólida acerca del tema, y que el escaso conocimiento sobre el Chagas se caracteriza por estar descontextualizado, fragmentado y sesgado. En consecuencia, el ejercicio de su práctica profesional se ve perjudicado, ya que se encuentran con una realidad "inesperada" en su contexto laboral cotidiano.

Por otra parte, el campo *actitudinal* se encuentra constituido por las emociones y la sensibilidad que el tema Chagas genera en las personas entrevistadas. A partir de nuestros resultados, se podría inferir que las actitudes de gran parte del equipo de salud son desfavorables, ya que el desconocimiento lleva a reproducir estigmas y prejuicios, o bien conduce a la invisibilidad y por lo tanto a la falta de acciones en relación al Chagas.

Por último, el campo *representacional* que hace referencia a la organización interna y al orden jerárquico de los elementos de las RS (18) está conformado por las imágenes que el equipo de salud expresa acerca del Chagas en general, y de las personas afectadas en particular. En este sentido, a través de los testimonios se observa que la imagen predominante sobre el Chagas es la "marginalidad". La marginalidad caracterizada por la pobreza en términos económicos, los aspectos culturales, el modo de vida rural, la pertenencia geográfica al norte del país, la falta de acceso a los recursos básicos (salud, educación y vivienda). Esta imagen de la marginalidad, cargada de estereotipos y prejuicios, quizás podría explicar la dificultad que tuvieron algunos entrevistados para mencionar algún referente cercano que tuviera Chagas (familiares, amigos o colegas), ya que posiblemente ninguno de ellos presenta los estereotipos mencionados.

Discusión

Desde la perspectiva que reflejan estos testimonios, el Chagas parece quedar restringido a determinados lugares geográficos y determinados grupos sociales, quedando invisibilizados, o negados, otros escenarios epidemiológicos. No obstante, resulta fundamental mencionar que actualmente el Chagas es predominantemente urbano, y se estima que al menos dos tercios de las personas infectadas con el *T. cruzi* viven en ciudades de todo el mundo (7,19). Los testimonios recabados dan cuenta de, por lo menos, dos aspectos interesantes a resaltar: por un lado, la reproducción de prejuicios asociados a estereotipos vinculados con el Chagas, y por otro lado, la asociación - casi directa - entre la ruralidad y la pobreza.

La reproducción de prejuicios conduce al mantenimiento de actitudes de culpabilización y estigmatización hacia las propias personas afectadas por el Chagas, impidiendo a su vez indagar sobre las causas subyacentes que se conjugan en la persistencia del problema, mientras que la asociación entre la ruralidad y la pobreza, establecida por la mayor parte de los entrevistados, refleja los prejuicios asociados al modo de vida no urbano. Desde esta visión se desconoce, y en muchos casos se desprecia, el valor de las tradiciones, hábitos y prácticas de ciertos grupos afectados por la problemática, convirtiendo entonces a ese “nosotros” a los únicos capacitados para dar soluciones que permitan mejorar la vida de las personas afectadas. Cabe destacar que esta visión constituye un denominador común a otros estudios que abordaron la cuestión desde la perspectiva de los equipos de salud en contextos urbanos de otros países (7,20,21).

Por otro lado, el fuerte contenido biologicista señalado por las propias personas entrevistadas, junto con la percepción estereotipada y fragmentada del Chagas, reflejan las características del llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH), que está presente tanto en la formación del personal de salud como en las condiciones propias del funcionamiento de los servicios de atención médica. El MMH, entendido como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, se caracteriza por el biologicismo, la asocialidad, el concebir la salud como mercancía, la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, entre otros aspectos (22). Es interesante destacar que varias de las características

del MMH se vieron reflejadas en las RS identificadas a partir de los testimonios, evidenciando la dificultad que supone comprender, de forma integral, las problemáticas socioambientales como el Chagas dentro del modelo vigente.

Nuestros resultados muestran que las RS en relación al Chagas perpetúan la mirada sesgada y estigmatizante sobre las personas afectadas, sus modos de vida y sus contextos geográficos particulares. En este sentido, un aspecto clave es la necesidad de replantear la formación de los profesionales de la salud, para que todos los médicos y demás integrantes del equipo de salud conozcan los conceptos básicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento del Chagas, independientemente de su especialidad o profesión (23). Consideramos que este replanteo debe construirse, de manera indiscutible, sobre los aportes no solo de las ciencias biomédicas, sino también de las ciencias sociales; para lograr un abordaje verdaderamente integral que considere los elementos de todas las dimensiones que caracterizan a esta problemática.

En un contexto global de cambios sociales y epidemiológicos vertiginosos, las ciencias sociales son interpeladas a problematizar, indagar y explorar abordajes alternativos frente a problemas socioambientales complejos como el Chagas; y para ello, es necesario el trabajo en estrecho vínculo con las ciencias biomédicas. Sin embargo, observamos que actualmente resultan insuficientes los estudios que abordan la problemática desde una perspectiva social, colectiva y desnaturalizada, que contemple las distintas aristas de su complejidad (24), por lo que aún queda mucho camino por andar.

Al mismo tiempo, consideramos que analizar el Chagas a través de los fenómenos migratorios y de urbanización permite situarlo en un contexto internacional, más allá de las fronteras rurales y latinoamericanas tradicionalmente asociadas a esta problemática. Desde esta perspectiva, se entiende la urgente necesidad de poner en práctica estrategias de promoción de la salud que contemplen al tema como un asunto de salud pública, no solo a escala nacional y regional, sino también mundial. El Chagas se vuelve así un ejemplo paradigmático de los desafíos que suponen para la salud pública los actuales cambios territoriales y la globalización. En este sentido, resulta necesario apuntar al desarrollo de un abordaje integral, actualizado y contextualizado, que no esté orientado sólo a evitar la enfermedad,

sino a la promoción de la salud como un medio para mejorar la vida de las personas.

Asumir un enfoque de promoción de la salud implica superar la visión de la población como mera destinataria pasiva y receptora de programas educativos desarrollados por profesionales de la salud. La promoción de la salud “solicita el fortalecimiento de la acción comunitaria en la fijación de prioridades, toma de decisiones, elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud... trasciende la idea de formas de vida sana para incluir las condiciones y requisitos para la salud: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad” (25). La promoción de la salud, así entendida, juega un rol clave en problemáticas complejas como el Chagas, rescatando fundamentalmente la posibilidad de poner en diálogo diferentes saberes, culturas y estilos de vida, buscando el respeto a la diversidad y la eliminación de la estigmatización. En este marco, algunos autores sugieren que la reflexividad, la contextualización y la interdisciplina son valores y principios fundamentales a la hora de poner en práctica una estrategia de promoción de la salud (26). Las estrategias innovadoras requieren la reflexividad, no solo en torno al conocimiento de un determinado tema, sino también sobre las prácticas de investigación incluyendo el diseño, operacionalización y los supuestos personales de los propios investigadores (27,28). En este sentido, los resultados que se desprenden de nuestro trabajo señalan, por un lado, la urgente necesidad de fomentar la reflexividad en torno a la formación profesional en temas como el Chagas y, por otro lado, invitan a replantear (desde las lógicas de la investigación social y educativa) las estrategias que fomenten el desarrollo de una mirada crítica, contextualizada y actualizada del Chagas en los integrantes de los equipos de salud.

A modo de cierre, destacamos tres reflexiones que se desprenden de nuestros resultados.

1. Si bien este trabajo responde a un contexto particular y acotado, revela la urgencia de replantear la formación de los integrantes de los equipos de salud, y de repensar el modelo de atención que necesitamos para tener sociedades cada vez menos desiguales. Visibilizar al Chagas como una problemática compleja, concreta y vigente, más allá de los contextos rurales y de marginalidad, se vuelve una necesidad imperativa frente a un problema que actualmente afecta de manera directa a más de un millón y medio de personas solo en Argentina. Por lo tanto, la atención del Chagas, tanto desde las prácticas médicas como desde las políticas sanitarias en cualquier lugar del mundo, requiere no solo una mayor equidad en el acceso a la atención médica, sino también una mayor incorporación de los aspectos socioculturales y políticos que influyen de manera innegable sobre la dinámica de transmisión y persistencia de la enfermedad.
2. A través de los testimonios de los integrantes del Servicio de Salud se observa que, en la mayoría de los casos, sus representaciones sobre el Chagas prácticamente no lo contemplan en el contexto periurbano donde desarrollan sus actividades. Existe un notable desconocimiento del tema, en tanto problemática compleja, aludiendo en algunos casos que no se le da la importancia durante la formación profesional, por tratarse de un problema “lejano.” Las personas entrevistadas coinciden en que la formación profesional recibida es fragmentada, profundamente biologicista y orientada hacia las manifestaciones clínicas de la enfermedad, basada en bibliografía extranjera. Por todos estos motivos, por unanimidad, manifiestan la falta de formación para abordar al Chagas en su complejidad. A modo de ejemplo, uno de los médicos generalistas entrevistados manifestó que “si se pudiera desmedicalizar, y convertirlo en un problema más social y menos médico, digamos menos biológico, se podría avanzar”, evidenciando la necesidad de repensar la formación de los profesionales de la salud en problemas socioambientales de importancia regional como es el Chagas.
3. Los avances científicos en torno a la comprensión de la enfermedad de Chagas, su prevención y tratamiento son innegables, como así también el aumento de la visibilidad de la problemática en las últimas décadas, a partir de las acciones de organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales (7). Sin embargo, estos avances no se han traducido en una disminución

proporcional del número de personas que conviven con los insectos vectores o que son portadoras del parásito *T. cruzi*, lo que demuestra una gran distancia entre los progresos logrados en el conocimiento científico y la situación cotidiana de las poblaciones afectadas por el Chagas (1–4). Estas consideraciones dan cuenta de la existencia de importantes brechas en el conocimiento de la problemática; no solo vinculadas con la búsqueda de nuevos y mejores medicamentos o insecticidas (entre otros aspectos biomédicos), sino también (y de particular interés para perspectivas como la que aquí hemos presentado) con la profundización de la gran cantidad de aspectos que permitirán una mejor comprensión de las dimensiones socioculturales y políticas.

Conflicto de intereses

No se declara.

Reconocimientos

No se recibieron fondos específicos para la investigación presentada en este artículo.

Referencias

- World Health Organization (WHO). Sustaining the drive to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Reporte, el segundo del WHO sobre enfermedades tropicales ignoradas, no. WHO/HTM/NTD/2013.1, 2013. Geneva: WHO.
- Zabala JP. La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de 100 años del Chagas en Argentina. *Salud Colectiva* 2012; 8: S9–21.
- Sanmartino M, et al. Hablamos de Chagas. Aportes para (re) pensar la problemática con una mirada integral. 1st ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CONICET - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas; 2015. 152 p.
- Sanmartino M. 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, 2006.
- Sanmartino M, Menegaz A, Mordegli C, Mengascini A, Amieva C, Ceccarelli S et al. La problemática del Chagas en 4D: representaciones de docentes de Nivel Inicial y Primario de La Plata. En: Actas de las III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales. La Plata: Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata; 2012.
- Sanmartino M. "Tener Chagas" en contexto urbano: concepciones de varones residentes en la región de La Plata (Argentina). *Rev Biomed* 2009; 20: 216–227.
- Sanmartino M, Avaria Saavedra A, Gomez i Prat J, Parada C, Albajar-Viñas P. Que no tengan miedo de nosotros: el Chagas según los propios protagonistas. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55): 1063–1075.
- Moscovici S. La psychoanalyse, son image et son public. Paris: Presses Universitaires de France; 1961.
- Moscovici S. Des représentations collectives aux représentations sociales: éléments pour une histoire. En: Jodelet D (ed). *Les Représentations Sociales*. París: Presses Universitaires de France; 1989.
- Castorina JA, Kaplan K. Las representaciones sociales: problemas teóricos y desafíos educativos. En: Castorina JA.(Comp.) *Representaciones sociales*. Problemas teóricos y conocimientos infantiles. Barcelona: Gedisa; 2003.
- Jodelet D. La representación social: Fenómeno, conceptos y teoría En: Moscovici S. (ed) *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós; 1986.
- Jodelet D. Representations sociales: domaines en expansion En: Jodelet D. (ed) *Les représentations sociales*. París: Presses Universitaires de France; 1989.
- Ibañez T. Representaciones sociales: Teoría y métodos. En: *Ideologías de la Vida Cotidiana*. Barcelona: Editorial Sendai; 1988.
- Garelli FM. Por una pedagogía de la prevención: el dengue como excusa. *Conexiones para la Promoción de la Salud (ISECN / IUHPE)* 2013; 1–2.
- Uchimura KY, Magalhães Bosi ML. La polisemia en el concepto de calidad en la evaluación de programas y servicios de salud: rescatando la subjetividad. En: Magalhães Bosi ML, Mercado FJ (eds). *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.
- Bardin L. *Análisis de Contenido*. Madrid: Akal; 1996.
- Olabuénaga JI. *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Madrid: Editorial Deusto; 1996.
- Moscovici S. *El Psicoanálisis, su Imagen y su Público*. Buenos Aires: Huelmul; 1979.
- Basile L, Jansà JM, Carlier Y, Salamanca DD, Angheben A, Bartoloni A, et al. Chagas disease in European countries: The challenge of a surveillance system. *Euro Surveill* 2011; 16: 37.
- Uchôa E, Firmo JOA, Pereira MSN, Contijo ED. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. *Cad Saúde Pública* 2002; 18: 71–79.
- Padilla Velázquez R. Conocimiento epidemiológico de la enfermedad de Chagas por los médicos familiares de la UMF 66 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Tesis de Epidemiología, Universidad Veracruzana, México, 2014.
- Menéndez EL. El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografía de Catalunya* 2014; 3: 84–119.

23. Moretti E. Enfermedad de Chagas: breve análisis de algunos factores que influyen en su persistencia [Debate]. *Salud Colectiva* 2012; 8: 33–36.
24. Amieva C. El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja. *La Colmena* 2013; 6(1): 21–37.
25. Galvez R, Irazola J. *El Árbol de la Transformación: Manual de Metodologías Participativas para Agentes de Salud Comunitaria*. Buenos Aires: Medicusmundi; 2006.
26. World Health Organization (WHO). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa, Canada: WHO; 1986.
27. Larouche A, Potvin L. Stimulating innovative research in health promotion. *Glob Health Promot* 2013; 20: 64–69.
28. Ledwith M, Springett J. *Participatory Practice: Community-based Action for Transformative Change*. Bristol, UK: The Policy Press; 2010.