

La Problemática del Chagas en la actualidad de Latinoamérica: viejos y nuevos problemas, grandes desafíos

Proceso de producción de conocimiento: Avance de investigación en curso.

Número y nombre del GT: 19 - Salud y seguridad social. Transformaciones sociales e impactos en la población.

Sonia Carolina Amieva Nefa¹
(CONICET – GDC – IFLYSIB – UNLP)

Resumen:

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. El mismo ha dejado de estar circunscrito exclusivamente al mundo rural, a los contextos de pobreza y a Latinoamérica debido a los fenómenos de migración, urbanización y globalización de las últimas décadas. Este hecho ha puesto en evidencia su carácter de problema social que excede los límites del tratamiento bio-médico predominantes actualmente.

Este trabajo, brinda un recorrido general de la historia del Chagas desde antes de su descubrimiento hasta la actualidad en Latinoamérica, haciendo hincapié en los actores que se han ido involucrando en la problemática a lo largo de su historia. Además se analizan las características y la magnitud de la problemática en la región teniendo en cuenta las limitaciones de estadísticas disponibles y los desafíos que presenta la enfermedad en los contextos actuales. Finalmente se resalta la necesidad de abordar el Chagas desde las Ciencias Sociales mediante enfoques integrales que contemplen la perspectiva de los propios actores.

Palabras clave: Chagas, Latinoamérica, Ciencias Sociales

1. Introducción:

La enfermedad de Chagas o Tripanosomiasis Americana es una enfermedad parasitaria crónica, causada por un protozoo flagelado llamado *Trypanosoma cruzi*. Este parásito se transmite al ser humano y otros mamíferos principalmente a través de las deyecciones de insectos hematófagos pertenecientes a la familia *Reduviidae*, subfamilia *Triatominae* (conocidos comúnmente como “vinchucas” o “chinchas”).

Hay más de 130 especies de triatominos, pero desde el punto de vista epidemiológico, las especies más importantes son aquellas que colonizan las viviendas humanas, generalmente confinadas a los ambientes domésticos y peridomésticos de las zonas rurales, semirurales y periurbanas de vastas regiones de Latinoamérica (Sanmartino, 2009).

Es importante destacar que existen diversos mecanismos de transmisión del *T. cruzi*, como la transfusión de sangre o el transplante de órganos de donantes infectados, la transmisión congénita de madres infectadas y la ingestión de bebidas o alimentos contaminados con los excrementos de los insectos vectores (OMS, 2007).

¹ Licenciada en Sociología UBA. Doctoranda en Ciencias Sociales UBA. Becaria Doctoral CONICET.
carolina.amieva@conicet.gov.ar

La evolución de la enfermedad se da en diferentes fases. La fase aguda comienza luego de 10 días de incubación y es generalmente asintomática o con síntomas generales como dolor de cabeza, fiebre y/o malestar general. Luego de 2 o 3 meses comienza otra etapa también asintomática donde dan positivos los exámenes de laboratorio, y es en la que permanece durante toda su vida el 75% de las personas infectadas. El 25% restante desarrollará, luego de 15 o 20 años, las lesiones propias de la enfermedad en el corazón, tracto digestivo o sistema nervioso (Sanmartino, 2009).

Actualmente, en cuanto al tratamiento específico, existen solamente dos medicamentos que se encuentran en el mercado desde hace varias décadas y poseen gran cantidad de efectos secundarios. En el ámbito médico existe un consenso sobre su efectividad en personas menores de 15 años y en casos agudos. Mientras que su utilización en adultos y su papel para detener la progresión de la enfermedad siguen siendo debatidos (Sanmartino, 2009).

Con respecto a la magnitud del problema, en el año 2006 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba la existencia de 15 millones de personas infectadas lo que constituye al Chagas como uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina (OMS, 2007).

2. Un poco de historia: desde las momias hasta la actualidad

La existencia de la enfermedad del Chagas se remonta a miles de años atrás, ya que se han encontrado evidencias de la infección de Chagas en momias de hasta 9.000 años de antigüedad encontradas en el norte de Chile y sur de Perú. Por lo tanto, el Chagas sería tan antiguo como la presencia del hombre en el continente (Sanmartino, 2009).

Por otra parte, durante el Siglo XV al XVII se encontraron crónicas de viajeros y religiosos que mencionan la presencia de estos insectos. Una de las crónicas más antiguas datan de principios del 1500 en viajes a Panamá, México, Argentina, Chile y Perú (Pinto Dias, 2007).

Durante el Siglo XVIII y XIX exploradores y naturalistas europeos y americanos realizaron, del mismo modo, crónicas de viaje donde se describieron diversas especies de vinchucas y sus comportamientos (Sanmartino, 2009). Entre estos relatos, resalta el del mismo Charles Darwin quien, en su paso por Mendoza, escribió: “No pude descansar por haberme visto atacado por un numeroso y sanguinario grupo de las grandes chinches negras de las Pampas, pertenecientes al género *Benchuca*, una especie de *Reduvius* (...) Antes de efectuar la succión son muy delgados, pero después se redondean y llenan de sangre, y en este estado se los aplasta con facilidad (...) La herida no causaba dolor.” ([Darwin, 1845] en Sanmartino, 2009)

Sin embargo, más allá de estas crónicas, la enfermedad recién fue descubierta en 1909, por el Dr. Carlos Chagas (1879-1934) en Brasil. El mismo, encargado de una misión de control del paludismo en la construcción de nuevas vías de comunicación por el centro del territorio brasileño, fue alertado por dos hechos: la presencia de bocio endémico en la región, y la presencia de un insecto (la vinchuca) que se alimentaba de sangre y que en su interior tenía un parásito hasta entonces desconocido. El principal mérito del investigador fue haber sido el responsable de describir el agente causal (el *T. cruzi*), identificar el vector (los triatominos que lo transmiten) y referir un conjunto de síntomas que el parásito causaba en los humanos (Sanmartino, 2009). Sin embargo, el “descubrimiento” no aportó las evidencias suficientes para confirmar la relación entre el parásito y las manifestaciones clínicas, ni para demostrar que la enfermedad se encontraba ampliamente extendida por el territorio brasileño (Zabala, 2009).

Posteriormente, se identifica una nueva etapa en las investigaciones sobre la enfermedad, especialmente cuando tomó interés el médico argentino Salvador Mazza (1886-1946). En la misma, se 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 de dicho país. Además se avanzó en la redefinición de esta etapa respecto de las condiciones efectivas de transmisión y a su cuadro

clínico. Cabe destacar que dichas investigaciones fueron de tanta trascendencia que incluso se propuso renombrar la enfermedad como “Enfermedad de Chagas-Mazza”.

No obstante, en tanto práctica médica, estos conocimientos posibilitaron únicamente la detección y atención de casos agudos, que representaban sólo al 5% de los infectados. Esto implicó que durante este periodo, el Chagas tampoco alcanzara los niveles de importancia epidemiológica que conocería más tarde con el consecuente crecimiento de su importancia como problema social (Zabala, 2009).

El interés en esta problemática, solamente llegó a consolidarse entre la comunidad científica después de haber sido caracterizados el cuadro clínico y el impacto médico-social de la fase crónica, por investigadores como Romaña, Jörg, Dias y Laranja, entre otros, en las décadas de 1930 y 1940 (Sanmartino, 2009).

En esta época, se desarrollaron las primeras “campañas” contra el Chagas lideradas por Emmanuel Dias en Uberaba, Brasil. Dichas campañas también fueron llevadas a cabo en San Pablo por Arnoldo Gabaldón y en Venezuela por otros investigadores de la salud (Pinto Dias, 2007). En Argentina, se desarrollaron una serie de políticas de salud de tipo sanitarista que provocaron que el Chagas comenzara a ser reconocido como un problema de relevancia nacional tanto por la extensión epidemiológica como por los elementos simbólicos movilizados a su alrededor.

En este sentido, el ascenso definitivo del Chagas a la agenda de las autoridades sanitarias y al imaginario social, estuvo fuertemente asociado a la importancia que se le puso a su condición de enfermedad crónica cardíaca de gran extensión epidémica y a la visibilización de las condiciones de pobreza de las viviendas rurales que derivaron en una profunda reforma de las políticas sanitarias del país (Zabala, 2009).

Por otra parte, durante la década de 1950 y 1960, debido a 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. Se produjo entonces, un proceso de “urbanización” de la enfermedad, ya que no se trataba solamente de poblaciones rurales afectadas. Esto provocó que, en definitiva, se transformara en un problema de Estado, lo que produjo la aparición de diferentes instituciones destinadas a su identificación, evaluación y control de la transmisión (Zabala, 2009).

Es entonces que, a partir de fines de la década de 1950, el espacio social vinculado a la problemática se vuelve mucho más denso y complejo mediante la incorporación de nuevos actores/instituciones a la escena como los Programas de Control Nacionales e Internacionales.

El primer programa de control y prevención fue el “Programa de control de la enfermedad del Chagas” en 1960 en Venezuela, luego se creó en 1962 el “Programa Nacional de Chagas” en Argentina que involucraba once provincias del país, seguido en 1975 por un programa homónimo en Brasil (Briceño León, 2009). Estos programas, a su vez, fueron replicados en otros países a lo largo de las décadas siguientes, pero de manera puntual, y en la mayoría de los casos sin contar con un programa nacional que les diese amplia cobertura y continuidad administrativa en el tiempo.

Entre los años de 1970 y principios de la década de 1980, se observó una relativa estabilización de las iniciativas destinadas a controlar la enfermedad y con ello una definitiva incorporación del Chagas en diversas instituciones como Universidades, centros de atención, organismos encargados de reglamentar las políticas sanitarias y laborales. A su vez, a partir de la década del 70, la consideración sobre el Chagas en el plano de la investigación científica, tuvo un vuelco sustancial convirtiéndose en un objeto largamente atendido por la comunidad de científica del país y de otros países de América Latina (Zabala, 2009).

De hecho, en estos años surgieron las dos únicas medicaciones disponibles aún hoy, para el tratamiento de la enfermedad: Nifurtimox (1972) y Benznidazol (1980). Como se mencionó, los mismos tienen importantes limitaciones por sus efectos secundarios y por la discontinuidad en el tiempo en cuanto a su accesibilidad (Salvatella, 2007). Del mismo modo, en esta misma década, se desarrollaron los insecticidas piretroides para fumigar los espacios infestados de vinchuchas, aun disponibles en la actualidad.

De esta forma, la producción de conocimiento científico sobre el tema, si bien estuvo estrechamente ligada a las instancias de planificación política sobre la enfermedad, 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). Entre los programas de incentivo científico más importantes de la época cabe mencionar el Programa Nacional de Investigación de Enfermedades Endémicas de la Secretaría de Estado de Ciencia y Tecnología, creado en 1973 en Argentina y el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR) de la OMS, creado en 1975.

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 los distintos países, y asociado a un estancamiento o retroceso de la importancia de la problemática en el plano de las políticas públicas. 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 (Zabala, 2009).

No obstante, gracias a la madurez de la comunidad científica y los cambios en las condiciones políticas que favorecían la cooperación y acción de carácter subregional (a partir de la apertura democrática en la región y el creciente intercambio comercial) fue posible realizar, conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud, programas de control vectorial multipaíses, que se denominaron “Iniciativas regionales”. Las mismas tuvieron por objetivo brindar cooperación técnica en la Región de las Américas, en materia de control, prevención, vigilancia e investigación de Enfermedad de Chagas (OMS, 2007).

La primera y más exitosa fue la “Iniciativa del Cono Sur para controlar y eliminar la enfermedad de Chagas” (INCOSUR) que se originó en 1991 e involucró a los Ministros de Salud de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, con el apoyo del TDR (OMS). Esta iniciativa significó en algunos lugares, el aumento del número de trabajos sobre el tema, el descenso de la infestación domiciliar por *T. infestans* en amplias áreas de la región, la reprogramación del control en Bolivia con apoyo del BID, PNUD y OPS/OMS, al igual que en Paraguay con apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA) y la evaluación y consecuente mejora en la calidad de la transfusión sanguínea (Figuroa, 2007).

Luego, y siguiendo el modelo de la INCOSUR, se sucedieron a lo largo de la década de 1990 y 2000 una serie de Iniciativas regionales en los distintos países de Latinoamérica.

En primer lugar se creó la “Iniciativa de Centroamérica y Belice para la Interrupción de la Transmisión Vectorial de la Enfermedad de Chagas” (IPCA) en 1997 entre Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá y México. En segundo lugar se creó la “Iniciativa Andina de Control de la Enfermedad de Chagas” (IPA) en 1997 entre Venezuela, Ecuador, Colombia y Perú. Esta iniciativa ha tenido avances significativos en la eliminación de la infestación domiciliar de los triatominos de la región, así como también en el control serológico de la sangre a transfundir. Por último, se constituyó la “Iniciativa Amazónica” (AMCHA) creada en 2004 entre Bolivia, Brasil, Perú, Ecuador, Colombia, Venezuela, Guyana, Guayana Francesa y Surinam. Esta iniciativa ha logrado la institucionalización de políticas públicas en salud concretas mediante la creación de diferentes programas y campañas de control y prevención llevados a cabo en dichos países (Figuroa, 2007).

Al mismo tiempo, en esta misma época, distintas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han aportado conocimientos, tecnología y recursos humanos para abordar la problemática del Chagas. Entre las más relevantes, podemos mencionar: al Instituto Oswaldo Cruz, los Grupos de São Paulo y Ribeirão Preto, los Grupos Fatalla y Caracas, la Sociedad Brasileña de

Medicina Tropical, la Opción de la OPS y OMS (TDR), el Programa de Salud Humana y Médicos Sin Fronteras (Pinto Dias, 2007)².

Por último, recientemente, las personas directamente afectadas por el Chagas han comenzado a constituirse como colectivos activos de reclamos y reivindicaciones (Oliveira y Costa Chaves, 2012). Dichas asociaciones y fundaciones –radicadas tanto en América Latina como en otras partes del mundo- se han nucleado en el año 2010 en la “Federación Internacional de Asociaciones de Personas Afectadas por la Enfermedad de Chagas” (FINDECHAGAS)³. La misma es una organización sin ánimo de lucro que conforma una red mundial de asociaciones y equipos multidisciplinarios que pretenden reivindicar los derechos de las personas afectadas por el Chagas, sensibilizando y movilizándolo a la población general. Entre las asociaciones latinoamericanas que la conforman se encuentran: la Associação dos Chagásicos da Grande São Paulo (ACHAGRASP, 1999, São Paulo, Brasil); la Associação dos Chagásicos de Campinas e Região (ACCAMP, 2000, Campinas, Brasil), la Associação de Portadores de Doença de Chagas e Insuficiência Cardíaca (Recife, Brasil), la Fundación Enfermos de Chagas por la Vida (FONDECHVIDA, 2003, Colombia), Chagas Disease Alliance /Todos Frente al Chagas (2006, Argentina), la Fundación Amigos con Chagas (FUNDACHAGAS, 2007 Venezuela), la Fundación Unidos contra el Chagas (UNICHAGAS, 2009, Venezuela), Corazones Unidos por el Chagas (2010, Cochabamba, Bolivia), la Asociación de Lucha contra el Chagas (Aiquile, Bolivia), la Asociación Mexicana para personas Afectadas por la Enfermedad de Chagas (AMEPACH, México, 2012) (Oliveira y Costa Chaves, 2012).

Cabe destacar que el recorrido propuesto en este apartado, no pretende ser exhaustivo y acabado, sino más bien una aproximación posible de una historia repleta de pausas, altas, bajas, silencios y olvidos.

3. La situación actual del Chagas en Latinoamérica

En este apartado se analiza la situación actual del Chagas a la luz de la complejidad de abordar este problema en los contextos cambiantes actuales.

Es importante destacar que desde la misma Organización Mundial de la Salud, se señala que las estadísticas no reflejan la verdadera magnitud del problema, debido a que la mayoría de ellas corresponden a estudios serológicos aislados y/o a aproximaciones estadísticas que no siempre dan cuenta de la dimensión real de una región geográfica o de un país (OMS, 2007). A su vez, debemos tener en cuenta que no solo la cantidad de personas infectadas 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, por lo que esta problemática se ha convertido en un símbolo de las profundas inequidades que arrastra el continente (Zabala, 2009).

A pesar de estas limitaciones, consideramos importante utilizar las estadísticas disponibles por el impacto cuantitativo de las mismas y porque ayudan a comenzar a dimensionar la magnitud de esta problemática. Sin embargo entendemos que deben ser complementadas con otros enfoques que permitan dar cuenta de la complejidad del tema.

Tal como menciona Briceño León (2009), luego de más de 100 años de su descubrimiento, el Chagas posee hoy dos caras. La primera corresponde al imaginario social asociado al mundo rural desde donde siempre se ha descrito la enfermedad. Podemos decir que, si bien es la cara tradicional que suele venir asociada a las ideas de campo, rancho de barro, pobreza, agricultura de subsistencia, falta de educación, precariedad, entre otras, la misma ha ido perdiendo protagonismo a medida que avanza el nuevo y más actual rostro de la enfermedad. Este segundo rostro se está modificando continuamente y

² Para indagar acerca de estos grupos y sus aportes, dado que su detalle excede al objetivo de este trabajo, remitirse al artículo de Pinto Dias (2007) para mayor información al respecto.

³ Una síntesis de la conformación de FINDECHAGAS se puede ver en: <http://www.youtube.com/watch?v=9-z1MroWCA>

remite a las características del capitalismo mundial global, con las migraciones internas y externas como una de sus consecuencias.

Los flujos de migración entre América Latina y el resto de los continentes han sido muy importantes en las últimas décadas del siglo XX debido a los movimientos estacionales y permanentes de personas en busca de oportunidades laborales que no les ofrecían sus países de origen. Estas migraciones, han cambiado por completo el mapa de distintos problemas de salud, pero particularmente, han modificado las regiones tradicionales en donde se concentraban las personas que tienen Chagas. Al mismo tiempo han puesto en relieve las distintas vías de transmisión posibles y han alterado la distribución de los vectores, ahora también presentes en zonas tradicionalmente consideradas como no endémicas (Schmunis, 2007).

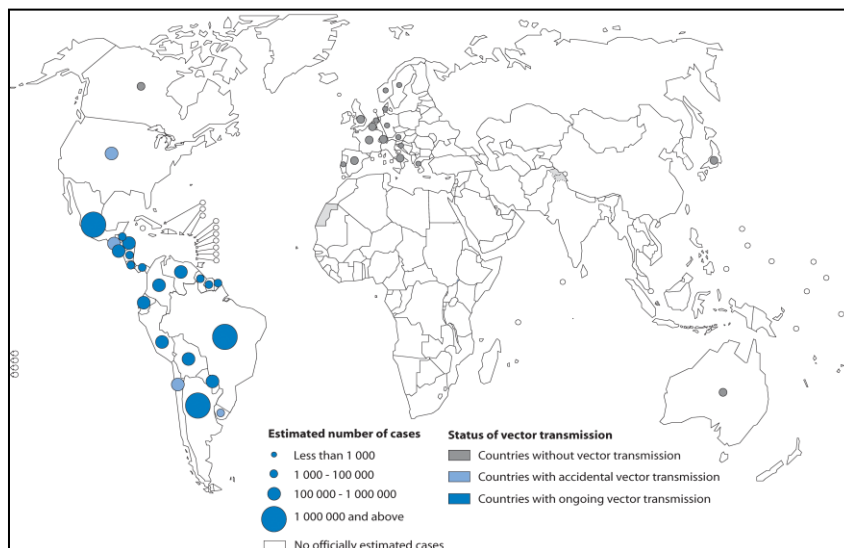
Por lo tanto, tal como se muestra en el Mapa 1, el Chagas ha dejado de ser un problema exclusivamente latinoamericano convirtiéndose entonces en una problemática global (Briceño León, 2009; Sanmartino, 2009; Schmunis, 2007).

De esta forma, se han encontrado casos de personas infectadas en distintos países de Europa, Asia y Norteamérica donde, si bien, en alguno de ellos, no hay riesgo de transmisión vectorial, se han presentado casos positivos de la enfermedad a través de las migraciones mencionadas y de las otras vías de transmisión.

En el caso de la transmisión sanguínea, hasta los años ochenta pocos países realizaban un control de la sangre a ser transfundida, con lo cual el riesgo de contraer la enfermedad por esta vía era muy alto, particularmente en las zonas receptoras de inmigrantes provenientes de áreas endémicas. Esta situación cambió en algunos países del continente, a raíz de la visibilización que tuvo el VIH-SIDA a finales del Siglo XX y principios del Siglo XXI, lo que posibilitó que se instalaran rutinas de control en una mayor cantidad de bancos de sangre (Briceño León, 2009).

En cuanto a la transmisión oral, debido a la creciente interacción entre las zonas rurales y urbanas en los últimos años, tomaron visibilidad distintos casos de contagio de la enfermedad ocurridos por la ingesta de bebidas y/o alimentos (por ejemplo jugos de caña o açai) contaminados con vinchuchas infectadas o con las heces de las mismas (Rojas de Arias, 2007).

En cuanto a la transmisión congénita, se han presentado casos de niños nacidos con Chagas en áreas alejadas de las zonas endémicas. En muchas regiones, tanto endémicas como no endémicas, se han incluido los exámenes serológicos de Chagas dentro de los controles prenatales, lo que ha permitido la detección temprana de la enfermedad y la posibilidad de tratamiento con gran efectividad en estos niños (Moretti *et al.*, 2007).



Mapa 1. Distribución Estimada de Casos de Chagas. Total Países. 2010

Fuente: OMS (WHO), 2010

Teniendo en cuenta entonces la configuración actual de del Chagas en el mundo (Mapa 1), en la cual se evidencia cómo ésta ha dejado de ser una problemática exclusivamente rural y propiamente Latinoamericana (Briceño León, 2009; Sanmartino, 2009; Schmunis, 2007), se analizan las estadísticas disponibles provistas por la OMS para detallar la situación en la región. Cabe destacar que este organismo sólo recaba información de aquellos países que están unidos en alguna de las Iniciativas regionales que hemos mencionado anteriormente, por lo que se ha agrupado a los países en base a las mismas.

De esta manera, se observa que existen más de 7 millones y medio de personas con Chagas en toda Latinoamérica, estando prácticamente 100 millones de personas en riesgo de contraer la enfermedad hasta el año 2005 (Cuadro 1). Por su parte, la región del Cono Sur es donde se presentan la mayor cantidad de personas infectadas. A su vez, Brasil, Argentina y México son los países con más de un millón de personas con Chagas, aunque este dato debe ser contrastado con la cantidad total de personas de cada país (Cuadro 2) para poder estimar la prevalencia de la enfermedad en cada caso.

Cuadro 1. Iniciativa Regional y País de Latinoamérica según variables poblacionales y epidemiológicas del Chagas. (En absolutos). 2005

Iniciativa	País/Variable	Población total	Número de Infectados	Población expuesta en zonas endémicas	Nuevos casos anuales de transmisión vectorial	Casos de Chagas congénito (anual)	Nacimientos por año
CONO SUR (INCOSUR)	BOLIVIA	9.182.000	620.000	3.222.900	10.300	1.500	261.700
	ARGENTINA	38.747.000	1.600.000	7.300.000	1.300	1.800	685.000
	PARAGUAY	5.898.650	150.000	3.444.000	900	600	175.500
	BRASIL	186.405.000	1.900.000	21.800.000	0	5.000	3.700.000
	CHILE	16.267.300	160.200	801.100	0	445	245.600
	URUGUAY	3.305.700	21.700	625.000	0	20	51.050
	Subtotal	259.805.650	4.451.900	37.193.000	12.500	9.365	5.118.850
ANDINA (IPA)	ECUADOR	13.228.000	230.000	6.200.000	2.350	800	292.000
	VENEZUELA	26.749.000	310.000	4.944.000	1.400	600	588.500
	COLOMBIA	45.600.000	436.000	4.792.000	5.250	1.000	962.000
	PERU	27.968.000	192.000	3.455.000	3.100	200	626.500
	Subtotal	113.545.000	1.168.000	19.391.000	12.100	2.600	2.469.000
CENTRO AMERICANA (IPCA)	EL SALVADOR	6.881.000	232.000	2.700.000	2.500	230	120.000
	HONDURAS	7.205.000	220.000	3.513.400	2.800	450	206.900
	GUATEMALA	12.599.000	250.000	2.100.000	2.200	400	430.000
	NICARAGUA	5.142.200	58.600	1.285.500	750	100	143.900
	BELIZE	270.000	2.000	135.100	20	10	7.000
	COSTA RICA	4.327.000	23.000	1.000.000	30	60	79.500
	PANAMA	3.232.000	21.000	1.000.000	200	50	70.100
	Subtotal	39.656.200	806.600	11.734.000	8.500	1.300	1.057.400
GUYANA FRANCESA, GUYANA Y SURINAME	1.397.000	18.000	777.000	400	20	28.700	
MEXICO	107.029.000	1.100.000	29.500.000	7.700	1.100	2.159.000	
TOTAL	521.432.850	7.544.500	98.595.000	41.200	14.385	10.832.950	

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la OMS (2006)

En este sentido, siguiendo el Cuadro 2, se observa que el estado con mayor prevalencia de Chagas en la región es Bolivia, siendo que 7 de cada 100 personas tienen Chagas en ese país. Al mismo le sigue Argentina con 4 de cada 100 personas con Chagas, y El Salvador con Honduras con 3 de cada 100 personas afectadas por la enfermedad. De esta forma, teniendo en cuenta todas las Iniciativas, la región Centro Americana es la que presenta mayor prevalencia de la enfermedad con 2 de cada 100 personas con Chagas.

En cuanto las tasas de prevalencia en bancos de sangre, Bolivia posee la tasa más alta de toda la región, con la probabilidad de que 8 de cada 100 donantes de sangre estén infectados con el *T. cruzi*. Luego le sigue Paraguay con 3 de cada 100 donantes afectados, y Argentina y El Salvador con 2 de cada 100 donantes comprometidos.

Por otra parte, se observa que más de la mitad de los países de la región poseen al menos un 30% de su población en riesgo de contraer la enfermedad debido a su proximidad a zonas endémicas. Sin embargo Paraguay, Guyana Francesa, Guyana y Suriname, son los países donde más de la mitad de su población en riesgo de contraer el Chagas.

En cuanto a la Incidencia de Chagas congénito, la tasa más alta de la región, se observa en Bolivia donde al menos uno de cada 100 niños nace con Chagas por año.

Por último, con respecto a los nuevos casos agudos por año, Bolivia tiene la mayor incidencia en toda la región con respecto a la población total de ese país.

Cuadro 2. Iniciativa Regional y País de Latinoamérica según Tasas de prevalencia e Incidencia de Chagas (anuales). 2005

Iniciativa	País/Variable	Tasa de prevalencia	Incidenia de nuevos casos	Incidenia de Chagas congénito	Proporción de población en riesgo de contraer la enfermedad	Tasa de Prevalencia en donantes de Bancos de sangre
CONO SUR (INCOSUR)	BOLIVIA	6,752	0,112	0,573	35,1	8,000
	ARGENTINA	4,129	0,003	0,263	18,8	2,470
	PARAGUAY	2,543	0,015	0,342	58,4	3,200
	BRASIL	1,019	0,000	0,135	11,7	0,210
	CHILE	0,985	0,000	0,181	04,9	0,600
	URUGUAY	0,656	0,000	0,039	18,9	0,470
	Subtotal	1,714	0,005	0,183	14,3	1,210
ANDINA (IPA)	ECUADOR	1,739	0,018	0,274	46,9	0,360
	VENEZUELA	1,159	0,005	0,102	18,5	0,780
	COLOMBIA	0,956	0,012	0,104	10,5	0,800
	PERU	0,686	0,011	0,032	12,4	0,570
Subtotal	1,029	0,011	0,106	0,171	0,620	
CENTRO AMERICANA (IPCA)	EL SALVADOR	3,372	0,036	0,192	39,2	2,420
	HONDURAS	3,053	0,039	0,217	48,8	1,400
	GUATEMALA	1,984	0,017	0,093	16,7	0,010
	NICARAGUA	1,14	0,015	0,069	25,0	0,900
	BELIZE	0,741	0,009	0,143	50,0	0,400
	COSTA RICA	0,532	0,001	0,075	23,1	0,140
	PANAMA	0,006	0,007	0,071	30,9	0,900
Subtotal	2,034	0,021	0,123	29,6	0,890	
GUYANA FRANCESA, GUYANA Y SURINAME	1,288	0,029	0,070	55,6	2,310	
MEXICO	1,028	0,007	0,051	27,6	0,600	
TOTAL	1,448	0,008	0,133	18,9	1,280	

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la OMS (2006)

De todo lo descrito, se observa que aunque en algunos países como Bolivia o Argentina, el Chagas se constituye en un problema de mayor gravedad, se trata de una problemática de gran envergadura para toda la región en comparación con otras enfermedades más difundidas en la sociedad como el dengue, VIH-SIDA, influenza, entre otras (Albajar Viñas, 2007).

En este sentido queda evidenciado su carácter de problemática “olvidada”, “invisibilizada”, “silenciada”, lo cual ha sido reconocido institucionalmente por la OMS, al incluirla recientemente entre las “enfermedades olvidadas o desatendidas” conjuntamente con un grupo de otras 13 dolencias. Las mismas se denominan de esa manera porque no revisten un interés económico para la industria farmacéutica que justifique el desarrollo de nuevos fármacos, lo que tiene como consecuencia un escaso desarrollo de nuevos y más efectivos tratamientos (Zabala, 2012; Albajar Viñas, 2007).

En consecuencia, esta situación aparentemente paradójica entre un problema de gran magnitud, y discontinuos y dispares resultados en cuanto al control y prevención mencionados en el apartado anterior, ponen de manifiesto la tensión presente entre “visibilidad e invisibilidad (ocultamiento)” asociada a su condición de problema social.

4. Conclusiones: Retos y desafíos

De todo lo expuesto se evidencia la complejidad que tiene el Chagas en tanto entidad a la vez biológica, social y política, así como también la diversidad de actores concretos que han intervenido en la problemática a lo largo de su historia.

No se puede negar que la comunidad científica ha avanzado en la comprensión de la enfermedad, su prevención y tratamiento, así como también las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales le han dado mayor relevancia en las últimas décadas. Sin embargo, esto no se ha traducido en una disminución proporcional del número de personas que conviven con los insectos vectores o llevan en su sangre el *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 (Sanmartino, 2009). Por ello consideramos de gran importancia la reciente creación de redes y organizaciones generadas desde las mismas personas afectadas por el Chagas, donde legitiman su propia voz como agentes activos frente a la problemática. A lo largo de la historia, en muchas ocasiones, sus discursos han sido subestimados debido a la captación de este campo por los discursos tradicionalmente autorizados para hablar del tema (principalmente aquellos provenientes del sector científico biomédico). El desafío entonces, en este aspecto, está en que se sigan construyendo y estrechando más relaciones entre las redes de cooperación de los mismos afectados con otras organizaciones para que puedan finalmente legitimar su propia voz y sensibilizar al resto de la población acerca de esta lucha.

Al mismo tiempo, sigue pendiente lograr articular los conocimientos científicos actuales acerca de la enfermedad, con las acciones de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales para incidir directamente en la realidad de las comunidades afectadas. El papel de la educación en este sentido es muy importante, ya que generando nexos entre instituciones científicas y educativas mediante acciones de divulgación y/o transferencia (Medone *et al.*, 2013; Amieva *et al.*, 2013; Sanmartino *et al.*, 2012) se puede “crear un canal abierto para la transmisión de información básica, permitiendo el control de la enfermedad, al incrementar el conocimiento y la aplicación de medidas de prevención efectivas” (Crocco *et al.* 2013). Además, como toda práctica educativa es política, porque involucra valores, proyectos, utopías que reproducen, legitiman, cuestionan o transforman las relaciones de poder prevalecientes en la sociedad (Freire, 2008), se debe propiciar un intercambio de saberes horizontales entre todos los actores involucrados en la problemática para generar un enfoque multidimensional e integral sobre el tema.

Por último, se presenta el desafío tal vez más difícil, y es el de romper con la lógica vertical del Estado. En la misma los ciudadanos son pasivos y solamente deben considerar los asuntos públicos al momento del voto. Además, en esta lógica el Estado debe ser el único en ocuparse de brindar las soluciones concernientes a los ámbitos políticos, económicos y sociales (Espinosa, 2009). Por ello, y en el marco de la consolidación de las democracias representativas en el continente en las últimas décadas, se viene acentuando la relevancia de la participación ciudadana, en tanto que el afianzamiento de esta forma de gobierno ya no depende sólo de que los ciudadanos ejerzan libremente sus derechos políticos, sino de que también éstos se involucren activamente en los diferentes ámbitos y etapas del quehacer público (Espinosa, 2009). En este sentido, debemos asumirnos como parte constitutiva de la construcción, evaluación, gestión y desarrollo de los asuntos públicos, generando -desde los múltiples espacios de los que formamos parte- la posibilidad de abordar el Chagas con una mirada integral.

En definitiva, queda evidenciado que hablar de Chagas es más que hablar de una enfermedad, un parásito, un insecto. Circunscribir una problemática compleja a estos aspectos recae en un profundo reduccionismo que enmascara y niega: grandes desigualdades de acceso a servicios básicos de salud, educación, vivienda y alimentos; falta de oportunidades laborales y de reconocimiento de derechos de poblaciones nativas y migrantes. Por lo tanto, y como se constituye en un problema social que excede los límites biomédicos, es necesario que las Ciencias Sociales, se involucren de manera sostenida y

sistemática en el tema mediante aportes que incluyan la perspectiva de los propios actores (Amieva, 2013). Dichos aportes deberían abordar el papel, las características, los discursos, representaciones y prácticas de cada uno de los actores involucrados en la problemática (estado, universidades, científicos, organizaciones no gubernamentales, colectivos de personas afectadas por el Chagas, escuelas, centros de salud, población en general, entre otros), así como también las relaciones que se establecen entre los mismos. Solo así, podremos construir un enfoque integral que incluya, con una perspectiva crítica, la mayor cantidad de miradas y permita la búsqueda de soluciones eficaces contextualizadas para cada población afectada.

Bibliografía consultada

ALBAJAR VIÑAS P (2007): “Organización y estructura de la atención médica en la infección/enfermedad de Chagas. Lecciones aprendidas en 15 proyectos” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [En línea] [Consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

AMIEVA, C (2013) “El Chagas y las Ciencias Sociales: una mirada necesaria para una problemática compleja” En: Actas X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina. [En línea] [Consultado el 24 de Julio 2013]. Disponible en: <http://sociologia.studiobam.com.ar/wp-content/uploads/ponencias/690.pdf>

AMIEVA, C.; SCAZZOLA, M.S; RECHE V.A; BALSALOBRE, A.; BOVEDA M.E; MEDONE P.; MARTI G; MORDEGLIA C.; SANMARTINO M. (2013) “Chagas, museo, universidad: reflexiones sobre el andar de un proyecto de extensión” En: Actas del IV Encuentro de Museos Universitarios del MERCOSUR. I Museos Universitarios Latinoamericanos y del Caribe. Universidad del Litoral. Santa Fé. Octubre

BRICENO-LEON, R (2009) “La enfermedad de Chagas en las Américas: una perspectiva de ecosalud” Cad. Saúde Pública 25 (1) 71-82. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001300007&lng=en&nrm=iso

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. . [en línea] [consultado el 25 de Julio 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0074-02762007005000095>

CROCCO, L., LOPEZ, A. G. y RODRIGUEZ, C. (2013) “Chagas en Argentina: ¿qué saben los docentes?” Revista Electrónica de Investigación Educativa, 15(1), 75-87. 2013 [en línea] [consultado el 7 de Agosto 2013]. Disponible online en <http://redie.uabc.mx/vol15no1/contenido-croccolopez.htm>

ESPINOSA, M. (2009). “La participación ciudadana como una relación socio-estatal acotada por la concepción de democracia y ciudadanía”. Andamios, 5(10), 71-109. [en línea] [consultado el 7 de Agosto 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S187000632009000100004&lng=es&tlng=es

FREIRE, P. (2008). “Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la practica educativa”. Siglo XXI Editores. Buenos Aires. Argentina,

FIGUEROA, R (2007): “Cooperación técnica regional y subregional” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

MORETTI, E; BASSO, B; MOYAL, P (2007) “Manejo de la transmisión congénita. Estado actual y perspectivas” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

MEDONE, P; SUSEVICH, L; AMIEVA, C; GADDI, A; MARTI, G; MORDEGLIA, C; SANMARTINO, M (2013) “Los Jóvenes y el Chagas: nuevas miradas posibles. Experiencias educativas en el Museo de La Plata”. En: Actas en el Simposio Brasileiro de Entomologia Cultura. UEFS. Feria Do Santana – Bahia. Brasil. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

<http://www.entomologiacultural.com.br/patrocinio/anais.pdf>

OLIVEIRA D. Y COSTA CHAVES G (coord.) (2012): “Movilización Popular y Enfermedad del Chagas” Médicos Sin Fronteras. Río de Janeiro. Brasil [en línea] [consultado el 22 de Julio 2013]. Disponible en http://issuu.com/mariana.abisaab/docs/mobilizac_a_o_popular_e_chagas_esp_final

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS-WHO) (2007). “Reporte sobre la enfermedad de Chagas. Grupo de trabajo científico”. OMS-TDR/GTC/09. Organización Mundial de la Salud. [en línea] [consultado el 23 de Julio 2013] Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/TDR_SWG_09_spa.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS-WHO) (2010): “First WHO report on neglected tropical diseases: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases.” OMS. Francia. WHO/HTM/NTD/2010.1. [en línea] [consultado el 20 de Julio 2013]. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS-PAHO) (2006): “Estimación cuantitativa de la enfermedad de Chagas en las Américas”. OMS, Montevideo, Uruguay. OPS/HDM/CD/425-06 [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

<http://www.bvsops.org.uy/pdf/chagas19.pdf>

PINTO DIAS, J. C (2007): “Enfermedad de Chagas: las etapas recorridas y las perspectivas futuras” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

ROJAS DE ARIAS, A. (2007) “Manejo de las vías alternativas de transmisión” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

SALVATELLA, R (2007): “Una visión de la enfermedad de Chagas desde su propia historia” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

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. [en línea]. [consultado el 24 de Julio de 2013] <http://archive-ouverte.unige.ch/downloader/vital/pdf/tmp/s3lp5q339hjeq7gedrr2iv2fe4/out.pdf>

SANMARTINO, M (2009) “100 años de Chagas (1909-2009): revisión, balance y perspectiva. Revista. Sociedad. Entomológica. Argentina” 68 (3-4) 243-252 [en línea]. [consultado el 24 de Julio de 2013] Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037356802009000200001&lng=es&nrm=iso

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” En: Actas de las III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales. La Plata.. [en línea]. [consultado el 24 de Julio de 2013] Disponible en: <http://jornadasceyn.fahce.unlp.edu.ar/actas/Sanmartino.pdf>

SCHMUNIS G (2007) “Enfermedad de Chagas en un mundo global” en La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud/Fundación Mundo Sano. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=14258&Itemid=

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. [en línea] [consultado el 7 de Julio 2013] Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702009000500004>

ZABALA, J. P (2012). “La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina”. Salud colectiva. 8 (1.1) 9-21. [en línea] [consultado el 21 de Julio 2013]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S185182652012000300002&script=sci_arttext