

5. Pinto Dias JC. La comunidad y el control de la enfermedad de Chagas: integración, rol, supervisión y evaluación de su participación [Internet]. Montevideo: Grupo de Trabajo OPS en Enfermedad de Chagas; 2001 [citado 20 sep 2012]. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/ad/dpc/cd/consulta-7.pdf>

6. Congreso de la Nación Argentina. Ley 26.281 [Internet] InfoLEG, Información Legislativa: 2007 [citado 20 sep

2012]. Disponible en: <http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/131904/norma.htm>.

FORMA DE CITAR

Castro I. Enfermedad de Chagas: un problema complejo. [Debate]. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S31-S33.

Enfermedad de Chagas: breve análisis de algunos factores que influyen en su persistencia

Chagas disease: A brief analysis of some of the factors influencing the disease's persistence

Moretti, Edgardo¹

¹Doctor en Bioquímica. Especialista en Inmunología. Jefe de Laboratorio, Servicio Nacional de Chagas. Profesor Adjunto, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. eram112@live.com.ar

Comentario sobre: Zabala JP. La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S9-S21.

La enfermedad de Chagas, como lo demuestra el excelente artículo del Dr. Juan Pablo Zabala (1), brinda un inmejorable ejemplo de la ineludible necesidad de encontrar puntos de conexión entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales, que a menudo transitan por carriles separados. La complejidad de esta endemia requiere del enfoque de distintas disciplinas, además de decisiones políticas a las cuales deberían aportar dichas disciplinas, de modo tal que los aspectos sociales, bioéticos, psicológicos, antropológicos y filosóficos no pueden estar ausentes en cualquier discusión que pretenda aportar no solo a hacer "visible" el problema, sino contribuir a su solución, siempre pensando en el hombre como objetivo central. Basten como ejemplo los conceptos de biopolítica y biopoder de Foucault (2) y la noción de cuerpos espectáculo, cuerpos esclavos y cuerpos con ideas de Badiou (3).

Abordaré algunos aspectos que considero trascendentes (en rigor todo el artículo lo es) desde una mirada biomédica por formación y social por inclinación personal.

Acuerdo con la lúcida forma de abordar el problema desde la tensión visibilidad-invisibilidad y me parece central la pregunta referida a la persistencia de la enfermedad durante más de 100 años y la crítica a las posturas simplistas que intentan explicarla.

Las múltiples paradojas que acompañan a la enfermedad de Chagas parten desde el descubrimiento del agente etiológico, el *Trypanosoma cruzi* y la enfermedad que el parásito produce. Por diversas circunstancias –entre ellas, el famoso "error de Carlos Chagas" al tratar de establecer una relación causa-efecto entre dos entidades como tripanosomiasis y bocio, asociadas en tiempo y espacio–, esta enfermedad siempre estuvo envuelta en discusiones que, más que contribuir a solucionar el problema, lo relegaron a un segundo plano supeditado a posiciones personales irreconciliables, vaivenes políticos, excesiva "medicalización", entre otras situaciones que favorecieron calificativos como "enfermedad olvidada", "endemia silenciosa y silenciada" o "mal escondido". Incluso la OMS la incluye entre las tristemente llamadas "enfermedades desatendidas", adjetivo que sin duda se aplica muy bien a los hombres y mujeres cuya "invisibilidad" los relega (1), como menciona Zabala, o como señalaba el Dr. Ramón Carrillo al expresar que: "Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas".

En el artículo, se cita una publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (4) según la cual las "cifras oficiales" de infectados alcanzan a ocho millones. Si pocos años atrás en Latinoamérica ese número se estimaba

en 18 millones, es muy dificultoso entender la forma mediante la cual se llegó a la última cifra oficial que va “disminuyendo” año a año. ¿Error en las estimaciones anteriores?, ¿exagerado “optimismo” en las cifras oficiales?, ¿tendencia a hacer menos “visible” el problema? Diez millones es un número demasiado elevado para explicar racionalmente su “desaparición estadística”. Al respecto, siendo la enfermedad de Chagas un indicador de baja calidad de vida, algunos gobiernos de los países endémicos pueden verse tentados a favorecer la “invisibilidad” de la que habla el Dr. Zabala, a lo cual se suma el olvido hacia los seres humanos que viven en áreas hiperendémicas, como los wichis, pilagás y otras etnias de la región geográfica del Gran Chaco. En una comunidad wichi, hace pocos años, detectamos prevalencias de infección más de 10 veces superiores al promedio nacional (5) y, lamentablemente, volviendo a Carrillo, la enfermedad de Chagas quizás no sea el principal problema de estas comunidades.

¿Qué otros factores podrían estar influyendo para la invisibilidad? Sin duda la formación universitaria es uno de ellos, y no menor. Al respecto, en las Jornadas para el fortalecimiento de la enseñanza de la enfermedad de Chagas en las carreras de Ciencias de la Salud (6), realizadas en la Universidad Nacional de Córdoba, en las que participan docentes de Ciencias de la Salud de todo el país, se plantearon las falencias en este sentido y la impostergable necesidad de fortalecer la enseñanza de Chagas y de otras patologías de impacto regional, centrando el enfoque en el grado, ya que si el estudiante no percibe la importancia del problema durante su carrera, en el posgrado el interés estará muy limitado por razones que también expone el autor del artículo (1). Estas Jornadas, que tuvieron tres ediciones en Córdoba desde 2008 y que con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se realizaron también en Recife y Lima en 2009 y 2010, incluyen entre sus principales objetivos desnaturalizar la idea de que el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de Chagas es un tema de los “especialistas en Chagas”, propendiendo en cambio a que los médicos de cualquier especialidad conozcan los conceptos básicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento, los bioquímicos

posean las destrezas y conocimientos elementales para la realización e interpretación del diagnóstico parasitológico y serológico, y así en todas las carreras relacionadas a la salud. Uno de los impactos de estas Jornadas es que sirvieron de base para que el Programa Nacional de Chagas incluyera por primera vez la educación, además de la información y la comunicación, como herramienta de control de la endemia (7).

En este tema surge un interesante motivo de debate respecto al artículo del Dr. Zabala: si la enfermedad cardíaca debe ser tratada por “especialistas en Chagas”. En nuestro concepto, fundamentado en las conclusiones de las Jornadas mencionadas, pediatras, neonatólogos e infectólogos, deberían estar capacitados para tratar infecciones agudas, vectoriales, congénitas o de cualquier origen y, de igual manera, clínicos, cardiólogos o gastroenterólogos para el tratamiento médico o quirúrgico de la patología chagásica crónica. De lo contrario, se torna impracticable la atención del infectado chagásico, la prevención en el caso de embarazadas o población en riesgo, la profilaxis y el tratamiento de inmunosuprimidos, por citar algunas situaciones concretas.

Respecto a la influencia de la investigación científica en relación a Chagas, un interesante espacio de debate, que excede largamente las posibilidades de este comentario, es la aseveración de “la escasa incidencia concreta de la ciencia en las condiciones de vida de las personas” (1 p.11). Coincido en que con frecuencia la investigación abordó la interacción *Trypanosoma cruzi*-hospedador más como un interesante modelo experimental que con la intención de contribuir a solucionar problemas concretos, desnaturalizando en parte los objetivos de los programas nacionales de fomento a la investigación en Chagas, que tuvieron su auge en las décadas de 1970 y 1980. Creo también que está fuera de discusión que sin investigación básica es impensable el avance en el conocimiento y que abundan los ejemplos de importantes aplicaciones médicas fruto de “investigaciones básicas”. Sin embargo, en el caso de la enfermedad de Chagas hubo quizás hasta el momento menos transferencias al área de salud de lo que sería deseable.

Es justo, no obstante, como lo hace el artículo comentado, mencionar las numerosas

investigaciones sobre clínica, epidemiología, vectores, reservorios y tantos otros aspectos que generaron “el redescubrimiento de la enfermedad de Chagas” realizado por el grupo liderado por Salvador Mazza en la Misión de Estudios de Patología Regional Argentina (MEPRA), a mi juicio una de las etapas más importantes en la historia de la medicina en el país, en la cual médicos de ciudades y pueblos de tantas provincias se hicieron eco del llamado de Mazza a estudiar una enfermedad desconocida, discutida, aparentemente circunscripta a regiones tropicales y que, en cambio, se encontró en provincias como Mendoza y Neuquén, por citar solo las más australes (8-10). Sencillamente asombroso.

También a partir de la década de 1960 se realizaron hallazgos importantes respecto del perfil clínico de la enfermedad (11-12) y la transmisión congénita (13-14), entre otros aspectos, esta última responsable en gran medida de la urbanización y globalización de la infección chagásica. Y no pueden dejar de mencionarse los adelantos notables en el diagnóstico serológico y, posiblemente en un futuro, los métodos de biología molecular aún en etapa de estandarización (15), así como la demostración de la eficacia de una vacuna para animales domésticos, conocidos reservorios de la enfermedad, que podría interrumpir la cadena epidemiológica en sitios con transmisión activa (16,17). Existen desde luego otros ejemplos que la brevedad de este comentario no permite mencionar, reiterando que quizá la investigación científica esté en deuda con un mayor compromiso hacia la transferencia de sus investigaciones.

En la tensión “visibilidad-invisibilidad” aún existen encendidas polémicas en un aspecto abordado en el artículo: “*la barrera aleatoria que separa la infección de la enfermedad*” (1 p.13). Es interesante el planteo pensando principalmente en la etapa crónica: ¿Quiénes son solo “infectados”?, ¿quiénes están “enfermos”?, ¿depende de la sensibilidad de los métodos de estudio?, ¿de opiniones de expertos que pueden cambiar entre una generación y otra? Los avances tecnológicos indudablemente alimentan esta polémica, no exclusiva del Chagas. El concepto de “proto-enfermedades” no está exento de controversias a las cuales no son ajenos los intereses de empresas farmacéuticas.

El aparente paradigma de que entre el 25% y el 30% de los infectados desarrolla patología cardíaca o digestiva décadas después de la infección está puesto en discusión actualmente, llegando incluso a que la Federación Argentina de Cardiología recomiende el cambio de denominación de “etapa indeterminada” por “etapa crónica sin patología aparente”. Tema de discusión que incluye por cierto el debate sobre qué pacientes deben ser tratados con las drogas anti-parasitarias. Durante años, infectólogos y cardiólogos mantuvieron duras discrepancias y actualmente parece haberse reactualizado el debate.

Para finalizar, quisiera referirme a una de las reflexiones del artículo, cuando el autor menciona que la persistencia de la enfermedad de Chagas puede ser “*resultado esperable y racional del accionar de los actores sociales involucrados*” (1 p.18). Formidable desafío planteado para gobernantes, políticos, investigadores, docentes, profesionales de la salud y demás “actores sociales”. Quizá el problema no sea la “enfermedad de Chagas”, sino los hombres y mujeres infectados, enfermos o en riesgo, principalmente niños, que esperan “hacerse visibles” sumidos en condiciones de vida que favorecen la persistencia de enfermedades endémicas y la emergencia o reemergencia de patologías que ya creíamos erradicadas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Beatriz Basso y a Ianina Moretti Basso, por la lectura del manuscrito y sus sugerencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zabala JP. La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina. *Salud Colectiva*. 2012;8(Supl 1):S9-S21.
2. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
3. Badiou A. *Justicia, filosofía y literatura*. Rosario: HomoSapiens Ediciones; 2007.
4. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. *Estrategia y plan de acción para la prevención, el control y la atención de la enfermedad de Chagas (CD50/16)* [Internet]. 9 ago 2010 [citado 18 jul 2012]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-16-s>.

5. Moretti E, Castro I, Franceschi C, Basso B. Chagas disease: Serological and electrocardiographic studies in Wichi and Creole communities of Misión Nueva Pompeya, Chaco, Argentina. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 2010;105(5):621-626.
6. Universidad Nacional de Córdoba, Organización Panamericana de la Salud. Primeras Jornadas para el fortalecimiento de la enseñanza de la Enfermedad de Chagas en las carreras de Ciencias de la Salud (OPS/HSD/CD/CH/001/01) [Internet]. Córdoba: UNC; 2008 [citado 5 oct 2012]. Disponible en: [http://blogs.unc.edu.ar/chagas/wp-content/uploads/Documento%20OPS\(1\).pdf](http://blogs.unc.edu.ar/chagas/wp-content/uploads/Documento%20OPS(1).pdf).
7. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Chagas 2011-2016 [Internet]. 2012 [citado 5 oct 2012]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/617-se-aprobo-el-plan-nacional-para-prevenir-y-controlar-el-chagas>.
8. Mazza S. Acerca de la infección espontánea de la mulita en el norte por el *Trypanosoma cruzi*. *MEPRA*. 1930;(1).
9. Mazza S, Basso G, Basso R. Primer caso agudo y primeros animales domésticos (perro, gato) infectados con *Schizotrypanum cruzi* comprobados en la Provincia de Mendoza, Argentina. *MEPRA*. 1935;(24).
10. Mazza S, Castro Rendon E. Comprobación de forma aguda benigna de Enfermedad de Chagas en Neuquén. *MEPRA*. 1937(30).
11. Rosenbaum M, Alvarez J. The electrocardiogram in chronic chagasic myocarditis. *American Heart Journal*. 1955;50(4):492-527.
12. Kuschnir E, Vives J, Sgammini H, Finkelstein C, Rivas J, Santamarina N. Valoración de la reserva cardíaca en pacientes chagásicos. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*. 1979;8:8-15.
13. Moya P, Moretti E, Paolasso R, Basso B, Blanco S, Sanmartino C. Enfermedad de Chagas neonatal: Diagnóstico de laboratorio durante el primer año de vida. *Medicina (Buenos Aires)*. 1989;49:595-599.
14. Moya P, Basso B, Moretti E. Enfermedad de Chagas congénita: Aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos y terapéuticos: Experiencia de 30 años de seguimiento. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2005;38(Supl 2):S33-S40.
15. Schijman AG, Bisio M, Orellana L, Sued M, Duffy T, Mejía Jaramillo A, et al. International study to evaluate PCR methods for detection of *Trypanosoma cruzi* DNA in Blood Samples from Chagas Disease patients. *Plos Neglected Tropical Diseases* [Internet]. 2011 [citado 5 oct 2012];5(1):e931. Disponible en: <http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pntd.0000931>.
16. Basso B, Moretti E, Vottero-Cima E. Immune response and *Trypanosoma cruzi* infection in *Trypanosoma rangeli*-immunized mice. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 1991;44(4):413-419.
17. Basso B, Castro I, Introini V, Gil P, Truyens C, Moretti E. Vaccination with *Trypanosoma rangeli* reduces the infectiousness of dogs experimentally infected with *Trypanosoma cruzi*. *Vaccine*. 2007;25(19):3855-3858.

FORMA DE CITAR

Moretti E. Enfermedad de Chagas: breve análisis de algunos factores que influyen en su persistencia [Debate]. *Salud Colectiva*. 2012;8(Supl 1):S33-S36.

Respuesta a los comentarios de: Storino R, Stagnaro AA, Freilij H, Auger S, Castro I, Moretti E. *Salud Colectiva*. 2012;8(Supl 1):23-36.

Poder y dinero, cultura y conocimientos. Respuesta a comentarios

Power and money, culture and knowledge. Response to the commentaries

Zabala, Juan Pablo¹

¹Doctor en Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Doctor en Historia de la Ciencia, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne. Investigador CONICET, Instituto de Estudios sobre la Ciencia y la Tecnología, Universidad Nacional de Quilmes. Director, Archivo General de la Nación Argentina. jpzeta@unq.edu.ar

La diversidad de los comentarios pone de manifiesto algunas de las tensiones que se mencionan a lo largo del texto, y permiten observar el anclaje concreto de las paradojas. Los comentaristas, no solamente estudiosos del Chagas sino también involucrados en su intervención cotidiana, dan muestras de los alcances y las limitaciones en el control de la enfermedad a la que se enfrentan cotidianamente.