

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.

En este sentido, y retomando la pregunta acerca de cómo explicar la persistencia de la enfermedad a más de 100 años de su descubrimiento, parece haber un consenso con la idea de que la principal causa es la falta de acciones sostenidas en el tiempo. Con matices, se sostiene la idea de que el control de la enfermedad sería una cuestión, en definitiva, que depende de la voluntad política de destinar recursos a las estrategias de control ya probadas en las últimas décadas. Es mucho lo que se ha hecho, dice Freilij (1 p.29), aunque queda mucho por hacer, y los indicadores señalados lo asisten en esta postura.

A esta idea se opone Storino (2), quien señala que no fue la falta de sostenimiento de las acciones la principal causa de la persistencia de la enfermedad, sino que presenta en cambio una versión conspirativa donde la responsabilidad recae en la acción deliberada de un grupo de actores que destinaron esos recursos disponibles en provecho propio.

Como toda postura extrema, es difícil de sostener y, en particular, creo que ese análisis es injusto con algunos actores mencionados, como los “investigadores básicos que pudieron acceder a cuantiosos subsidios” que, Storino sugiere, podrían haber sido destinados para mejorar la calidad de vida de los enfermos de Chagas (2 p.24). En rigor, que un investigador –biólogo molecular, antropólogo o médico– reciba un subsidio de investigación por parte de las agencias de promoción de la ciencia no debe ser entendido como un acto de enriquecimiento personal (en general, los subsidios de investigación no implican un aumento en el sueldo de los investigadores), ni puede imputársele a ellos la responsabilidad de la existencia del Chagas. Sin embargo, no deja de ser inquietante la pregunta que se lee en el reverso de la afirmación de Storino, que en definitiva es: *¿para qué nos sirve tener ciencia cuando hay gente que sigue en la pobreza?*

Siempre el debate acerca del Chagas se da sobre el telón de fondo de la discusión de la pobreza, y esto se verifica también en este caso. Es un elemento común a los distintos comentaristas la idea de que el problema del Chagas se subsume en la pobreza, y que para poder modificar esas realidades es necesario cambiar las condiciones materiales de acceso a educación, vivienda y trabajo. En este punto, hay una realidad

indiscutible, que se hace evidente en la referencia a las comunidades de los wichis, los pilagá, los tobas y otras etnias de la región geográfica del Gran Chaco que se encuentran en situación de extrema vulnerabilidad. Y las cifras aportadas por Auger (3), que traducen la idea de “enfermedad de la pobreza” en indicadores concretos y alarmantes a partir de estudios realizados en pacientes de la Ciudad de Buenos Aires, muestran no solo hasta qué punto “Chagas” y “pobreza” son caras de la misma moneda, sino también la profundidad de los procesos de urbanización del Chagas que se remontan a las migraciones internas hacia la metrópoli iniciadas en las primeras décadas del siglo pasado.

Ahora bien, esta idea que nos permite entender a la enfermedad más allá de su condicionamiento biológico, también fija los límites de lo que puede ser pensado. Es decir, en la medida en que la pobreza es la causa del Chagas, y hemos avanzado hasta un punto en el que para solucionar el Chagas es necesario solucionar la pobreza, ¿cuál es el espacio para discutir la especificidad de las políticas de salud que deberían llevarse a cabo? ¿Cómo desarrollar políticas de salud que tengan en cuenta la complejidad del problema, pero a su vez planteen soluciones concretas al mejoramiento de las condiciones de vida?

Nuevamente en este punto, Storino (2) es el más radical en su propuesta, y sugiere el traspaso total de las decisiones políticas y económicas a las comunidades afectadas, contra un supuesto modelo centralista estatal que ha dilapidado los recursos. Paradójicamente, esta idea parece perder de vista que el Programa Nacional de Chagas ha sido descentralizado en la década de 1980, quedando su ejecución en manos de los gobiernos provinciales, lo que es señalado justamente como una de las causas que explican la disparidad de resultados en el control de la enfermedad. Incluso más, si fueran las propias comunidades afectadas las que definirían cuáles son sus problemas prioritarios, ¿podemos estar seguros de que acordarían con la definición de que el Chagas es un problema prioritario para ellos, tal como se comparte desde una visión urbana y basada en un discurso médico tradicional?

Por cierto, todas estas cuestiones son de difícil resolución, y el artículo que motiva el debate no puede escapar a la tensión entre

“comprensión” y “necesidad de transformación” que envuelve toda actividad reflexiva sobre lo social. Es decir, ¿es suficiente comprender la realidad, o debemos desarrollar herramientas para su modificación? Sin duda, en el caso de enfermedades como el Chagas o la tuberculosis, la disponibilidad de medios técnicos y de conocimientos hacen más evidentes la necesidad de modificar las actuales condiciones que llevan a su reproducción.

De todas maneras, si bien la cuestión no puede resolverse en la mera comprensión, es difícil plantear transformaciones de la realidad si no tenemos en cuenta los condicionamientos concretos que la configuran como tal. En este punto se ubica el artículo inicial: intenta aportar una forma de pensar el problema del Chagas tal como está configurado en los actores, instituciones y políticas que han marcado su reconocimiento e intervención. Si hay algo válido en el artículo, creo que es mostrar cómo la interrelación entre las distintas dimensiones cognitivas, políticas y profesionales determina tanto la forma

en la que el problema está planteado como las posibilidades de intervención sobre el mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freilij H. Comentarios acerca de “La enfermedad en su laberinto: avances, desafíos y paradojas de cien años del Chagas en Argentina”. [Debate]. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S27-S29.
2. Storino R. Poder y dinero en la enfermedad de Chagas: una histórica omisión. [Debate]. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S23-S25.
3. Auger S. Comentario sobre el criterio de visibilidad e invisibilidad en la enfermedad de Chagas-Mazza. [Debate]. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S29-S31.

FORMA DE CITAR

Zabala JP. Poder y dinero, cultura y conocimientos. Respuesta a comentarios [Debate]. Salud Colectiva. 2012;8(Supl 1):S36-S38.