



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Colussi, Carlina; Stafuza, Mariana; Denner, Susana; Nepote, Marcelo; Mendicino, Diego
Epidemiología de la enfermedad de Chagas en comunidades mocovíes y criollas en el sur
del Chaco Argentino

Salud Pública de México, vol. 58, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 3-4

Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643795003>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

6. Huicho L, Diez-Canseco F, Lema C, Miranda JJ, Lescano AG. Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica* 2012;28(4):729-739.

Epidemiología de la enfermedad de Chagas en comunidades mocovíes y criollas en el sur del Chaco Argentino

Señor editor: La enfermedad de Chagas constituye un serio problema sanitario, social y de impacto económico, particularmente en poblaciones rurales desatendidas y postergadas de Latinoamérica.¹ Es esencial entender los contextos sociales y culturales para explicar la persistencia de esta enfermedad, así como promover intervenciones adaptadas a las necesidades de cada población.²

La pobreza, combinada con inequidades de etnia, edad y género, junto con nichos ecológicos complejos, constituyen importantes focos epidemiológicos que afectan particularmente a los pueblos originarios del Gran Chaco.³ El sur del Chaco Argentino aún presenta riesgo debido a razones climáticas, ambientales y sociales. Tres parajes muy cercanos de la Provincia de Santa Fe, dos criollos (Colonia Durán y San Roque) y uno mocoví (km 94), comparten dichas características propicias para la persistencia del vector.

Con el objetivo de determinar si existe asociación entre etnia, factores predisponentes y seroprevalencia de la infección chagásica en comunidades con un mismo medio geográfico y ambiental, se realizó un estudio transversal en estos parajes, donde habitan 569 personas.

En el año 2013 se realizó serología para Chagas a los pobladores que aceptaron voluntariamente participar de la actividad. Las muestras fueron obtenidas en terreno y conservadas a 4°C hasta su procesamiento según normas nacionales de diagnóstico.

Simultáneamente se determinó la presencia de riesgo de transmisión vectorial, congénita y/o transfusional mediante encuestas. Los resultados de las mismas se confrontaron con la serología obtenida, utilizando como medida de asociación la prueba de χ^2 (Ji cuadrada) o el Test Exacto de Fisher, según correspondiera.

Se analizaron muestras de 164 individuos, 54 mocovíes y 110 criollos, 28.8% (164 / 569) de la población total de los tres parajes. Se halló serología positiva para *T. cruzi* en 3.6% de la población. 11.1% de la población mocoví se encontró seropositiva y ningún paciente entre los criollos, lo que muestra asociación significativa entre etnia y Chagas (cuadro I).

Se observó que 68.5 % de los mocovíes y 18.2% de los criollos habitaron alguna vez en una vivienda precaria, por lo que se halló asociación entre etnia y tipo de vivienda (cuadro II). Asimismo, 25.9% de los mocovíes y 10% de los criollos son hijos de madre chagásica, con lo que se verifica asociación entre etnia y serología materna (cuadro III). Ninguno recordó haber sido transfundido.

La prevalencia hallada en la comunidad mocoví fue mayor que la media general del país y la región, pero inferior a la de otros pueblos originarios de la misma ecoregión.⁴⁻⁶ Se observa, además, una mayor asociación entre etnia y vivienda precaria (OR 151.7) que entre etnia y serología

Cuadro I ASOCIACIÓN ENTRE SEROLOGÍA PARA CHAGAS Y ETNIAS. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Seroología para Chagas		
	Positiva	Negativa	Total
Mocoví	6	48	54
Criollo	0	110	110
Total	6	158	164

Razón de momios: 15.8; LI= 2.4. Test Exacto de Fisher: $p=0.0021$

Cuadro II ASOCIACIÓN ENTRE ETNIA Y VIVIENDA PRECARIA. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Vivienda precaria		
	Positivo	Negativo	Total
Mocoví	37	1	38
Criollo	20	82	102
Total	57	83	140

Razón de momios: 151.7; IC: 19.6-1173.1 Test Exacto de Fisher: $p<0.05$

Cuadro III ASOCIACIÓN ENTRE ETNIA Y SEROLOGÍA MATERNA POSITIVA. COLONIA DURÁN, SAN ROQUE, KM 94. SANTA FE, ARGENTINA, 2013

Etnia	Madre positiva		
	Positivo	Negativo	Total
Mocoví	14	18	32
Criollo	11	52	63
Total	25	70	95

Razón de momios: 3.7; IC: 1.4-9.5 Ji²:7.5

materna positiva (OR 3.7), lo cual indicaría que actualmente son mayores las diferencias en la exposición a viviendas con riesgo vectorial.

La desigualdad en la exposición a estas viviendas y en la infección revelan que la persistencia de la endemia se debería al ambiente ecológico del distrito y a la realidad habitacional y sociosanitaria de la población, escenario reiterado en otros pueblos originarios del Gran Chaco^{3,5,6} que generaliza el paradigma de exclusión que asocia pobreza y Chagas.

Carlina Colussi, Bioq.⁽¹⁾
Mariana Stafusa, Bioq.⁽¹⁾
Susana Denner, Mag.⁽¹⁾
Marcelo Nepote, Bioq.⁽²⁾
Diego Mendicino, Dr.⁽¹⁾
dmendicino@fbcb.unl.edu.ar

(1) Centro de Investigaciones sobre Endemias Nacionales, Facultad de Bioquímica

y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina
 (2) Programa Provincial de Control de la Enfermedad de Chagas, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Argentina

Referencias

1. Barbosa de Silva J. Prólogo. En: Silveira CA, eds. La enfermedad de Chagas a la puerta de los 100 años del conocimiento de una endemia americana ancestral. Buenos Aires: Fundación Mundo Sano, 2007.
2. Ventura-García L, Roura M, Pell C, Posada E, Gascón J, Aldasoro E, et al. Socio-cultural aspects of Chagas disease: A systematic review of qualitative research. PLoS Negl Trop Dis 2013;7(9):e2410.
3. Alonso JM, Fabre AR, Galván M, Lucero RH, Bruses BL, Kuc A. La enfermedad de Chagas en poblaciones aborígenes del noreste de Argentina. Enf Emerg 2009;11(5):115-118.
4. Mendicino D, Stafuza M, Del Barco M, Colussi C, Bizai ML, Fabbro D, et al. Infección chagásica en niños de cuatro distritos de riesgo de la provincia de Santa Fe. Acta Bioquím Latinoam 2013;47(3):477-483.
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. Mem Inst Oswaldo Cruz 2010; 105(5):621-626.
6. Gaspe MS, Provecho YM, Cardinal MV, del Pilar Fernandez M, Gürtler RE. Ecological and socio-demographic determinants of house infestation by Triatoma infestans in indigenous communities of the Argentine Chaco. PLoS Negl Trop Dis 2015;9(3):e3614.

Cierre de escuelas rurales y salud colectiva*

Señor editor: Diversos estudios advierten que la situación de pobreza socioeconómica es un factor de riesgo psicosocial que afecta especialmente a los sectores rurales.¹

* Agradecimientos y financiamiento: Esta reflexión surge a partir del trabajo en terreno del proyecto FONDECYT N°11130302, denominado "Escuelas rurales académicamente exitosas: experiencias susceptibles de replicar para la mejora de la educación rural chilena", financiado por CONICYT y ejecutado entre octubre de 2013 y octubre 2015.

Una forma de enfrentar dicha condición y sus consecuencias, como el aumento de enfermedades de diversa índole desarrolladas cada vez a edad más temprana, entre otras, es la educación,² toda vez que por medio de la escuela, la acción educativa alcanza zonas rurales más alejadas y de menor desarrollo.³ En los sectores campesinos desfavorecidos, la interacción entre la escuela, la comunidad y otras organizaciones del medio, por ejemplo, las de salud rural, termina siendo un elemento fundamental para promover salud y bienestar.^{4,5}

Lamentablemente, pese a lo mencionado, la política educativa internacional sólo se ha preocupado del rendimiento de las escuelas frente a pruebas estandarizadas,³ como, por ejemplo, en el caso de Chile. En este sentido, con un foco centrado en el resultado académico, la introducción de mecanismos de *accountability* en la educación ha permitido que cientos de escuelas rurales sean cerradas si sus resultados no muestran avances.⁶ Pero ¿es así de simple el cierre de una escuela en el campo?

Hasta el momento, en la discusión sobre políticas públicas ha estado ausente el análisis de impacto del posible cierre de establecimientos considerados deficientes por el sistema educativo.⁶ Las preguntas que surgen entonces son ¿Qué ocurre con la comunidad campesina que ve en su escuela el único centro de conexión con el mundo urbano, y el único lugar en donde es posible acceder a salud de calidad, gracias a la visita mensual del equipo de salud rural? ¿Qué pasa con la salud mental de profesores y familias que, debiendo trasladarse de sector para acceder a otra escuela, deben abandonar sus hogares y las costumbres propias del territorio de origen?

Frente a este escenario parece relevante preguntar cuáles son los

caminos a seguir. La apuesta es repensar la escuela rural más allá de sus resultados en pruebas estandarizadas, repensarla como un espacio para desarrollar recursos individuales,³ reforzar la acción colectiva y reorientar los servicios de salud de manera que atiendan a las poblaciones campesinas considerando sus particularidades.⁵

Si bien el ámbito de promoción de salud en pobreza es complejo, no es menos cierto que su logro pasa por aspectos educativos.^{2,5} La escuela rural, al ser pequeña, permite una metodología activa y una educación personalizada, favorece relaciones cercanas y, por tanto, permite, como ninguna otra instancia educativa, el refuerzo de la acción colectiva, lo que facilita una implicación cada vez mayor de la comunidad en los proyectos de promoción de salud, y que se traduce en la mejora de la calidad de vida de los habitantes rurales.³

Aunque hoy la política educativa lo olvida, la escuela rural tiene la virtud de ser un espacio donde se articulan distintas formas de capital social, al tener la capacidad de promover formas horizontales y locales de cooperación,³ elementos centrales al momento de hablar sobre la promoción de salud a nivel colectivo en sectores aislados. Por tanto, no es preciso generar instancias diferentes para estos fines, si se cuenta con la institución escolar que puede ser el espacio para el fortalecimiento de la educación, la ciudadanía, la salud y la participación en la construcción del territorio y su desarrollo, hecho que fortalece el entramado social que sustenta los procesos de avance real para el entorno rural.^{4,5}

Daniela Vera-Bachmann I, PhD,⁽¹⁾
 danielavera@spm.uach.cl
 Sonia Salvo, D en Est.⁽²⁾

⁽¹⁾ Escuela de Psicología, Universidad Austral de Chile, Sede Puerto Montt. Chile

⁽²⁾ Departamento de Matemáticas y Estadística, Universidad de La Frontera. Temuco-Chile.