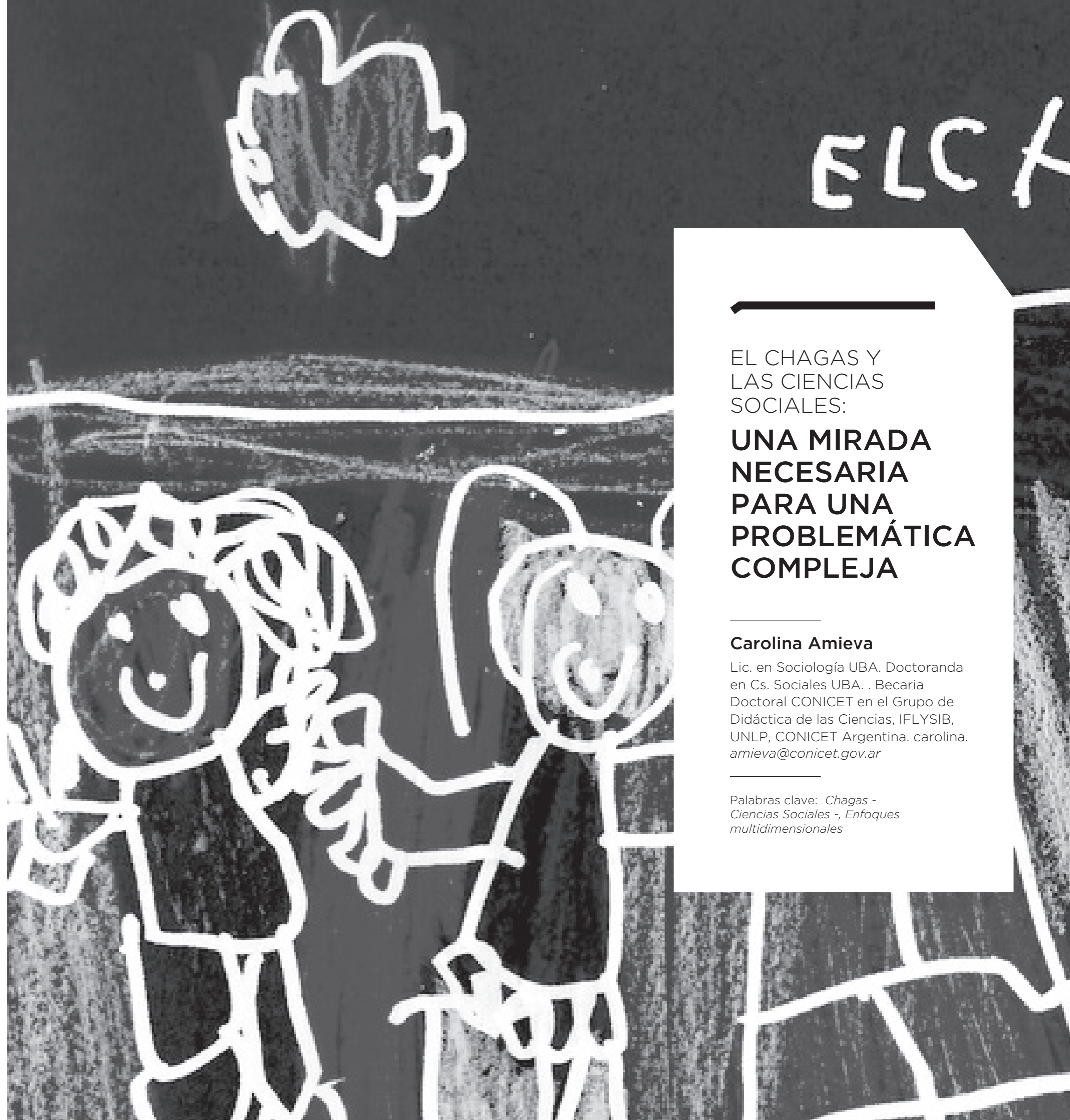


Bibliografía

- ARENDA, Hannah**
(s/f) Verdad y Política. En:
http://www.upf.edu/materials/polietica/_pdf/H_Arendt_Verdad_y_polxtica_xlx.pdf
- DEBORD, Guy**
1967 La Sociedad del Espectáculo. Revista Observaciones
Filosóficas. En: <http://www.observacionesfilosoficas.net/download/sociedadDebord.pdf>
- MICHALIK, Regina**
2011 Intrige: Machtspiele: wie sie funktionieren, wie man sie durchschaut, was man dagegen tun kann. Berlin: Econ Verlag
- POURROY, Gustav Adolf**
1986 Das Prinzip der Intrige. Über die gesellschaftliche Funktion eines Übels. Zürich:
Edition Interfrom.
- SIMMEL, Georg**
2008 Individualismus der Modernen Zeit. Suhrkamp taschenbuch, Frankfurt am Main.
- THAU, Martin**
1994 Intrigen: Die Macht der Hinterlist. Heimtücke und Raenkespiel in Politik und
- Gesellschaft, München.**
1990 Intrigen: Heimtücke und Verschlagenheit im Alltag. Leitfaden der öffentlichen und privaten Hinterlist, München.
- UTZ, Richard**
1997 Soziologie der Intrige. "Der Geheime Streit in der Triade, empirisch untersucht an drei historischen Fällen", Berlin8
- VON MATT, Peter**
2006 Die Intrige. Theorie und Praxis der Hinterlist. Carl Hanser Verlag, München, Wien.
- VON SENGER, Harro**
2000 Strategeme: Die Berühmten 36 Strategeme der Chinesen. 2 Bände, Bern, München, Wien.

(s/f) Die Kunst der List. Strategeme durchschauen und anwenden.
- WEBER, Max**
2011 Estado y Sociedad. México: Fondo de Cultura Económica.



EL CHAGAS Y
LAS CIENCIAS
SOCIALES:

UNA MIRADA NECESARIA PARA UNA PROBLEMÁTICA COMPLEJA

Carolina Amieva

Lic. en Sociología UBA. Doctoranda
en Cs. Sociales UBA. . Becaria
Doctoral CONICET en el Grupo de
Didáctica de las Ciencias, IFLYSIB,
UNLP, CONICET Argentina. [carolina.
amieva@conicet.gov.ar](mailto:carolina.amieva@conicet.gov.ar)

Palabras clave: *Chagas -
Ciencias Sociales - , Enfoques
multidimensionales*

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. En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba la existencia de 15 millones de personas infectadas y una población en riesgo de 28 millones. A lo largo de los más de 100 años de descubierta la enfermedad, han sido principalmente las ciencias bio-médicas las que se han ocupado de abordar este tema.

Sin embargo la problemática del Chagas supera ampliamente los límites de la realidad biomédica y resulta un problema complejo y profundamente social. Por ello, este artículo, propone abordar la vinculación que han tenido históricamente las Ciencias Sociales con la Salud y particularmente con la problemática del Chagas en Latinoamérica. Además se plantea el papel actual y futuro de las Ciencias Sociales en el tema y se presenta un enfoque integral, interdisciplinario y multidimensional para abordar el Chagas mencionando brevemente experiencias educativas de implementación del mismo en Argentina.



El Chagas es una enfermedad parasitaria causada por un protozoo flagelado, el *Trypanosoma cruzi*¹. Ésta constituye uno de los problemas de salud pública más graves de América Latina, tratándose de una de las endemias más expandida del continente (OMS, 2007). En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba la existencia de 15 millones de personas infectadas y una población en riesgo de 28 millones. Sin embargo, desde el mismo organismo se señala que estas cifras presentan limitaciones ya que no reflejan la verdadera magnitud del problema, debido a que la mayoría de ellas corresponden a estudios de sangre aislados o a aproximaciones estadísticas que no siempre dan cuenta de la dimensión real de una región geográfica o incluso, de un país (OMS, 2007). A su vez, no solo la cantidad de infectados define la importancia del problema ya el Chagas se constituye en una problemática social vinculada a las profundas inequidades que arrastra el continente en cuanto acceso a servicios básicos y necesidades básicas insatisfechas. A pesar de las limitaciones mencionadas, consideramos importante mencionar brevemente las estadísticas disponibles por el impacto cuantitativo de las mismas y porque ayudan a comenzar a dimensionar la magnitud de esta problemática.

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006), el país con mayor prevalencia de Chagas es Bolivia: 7 de cada 100 personas tienen la enfermedad 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 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 (Amieva, 2013b). Teniendo en cuenta estas cifras, comienza a quedar 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”² conjuntamente con un grupo de otras 13 dolencias.

Este trabajo propone abordar la vinculación entre Ciencias Sociales y salud y, más específicamente, entre la problemática del Chagas y las Ciencias Sociales. Para ello se realiza, por un lado, un recorrido de la trayectoria teórica entre ambos campos de conocimiento y por otro, un relevamiento de los antecedentes de estudios que vinculan esta problemática con las Ciencias Sociales. Además, y teniendo en cuenta que el tema supera ampliamente los límites de la realidad biomédica y resulta un problema complejo y profundamente social, se presenta un enfoque integral, interdisciplinario y multidimensional para abordar al Chagas mencionando brevemente algunas experiencias educativas realizadas durante los últimos dos años, donde se lo puso en práctica. Finalmente se concluye con el papel actual y futuro que deberían adquirir las Ciencias Sociales en el tema.

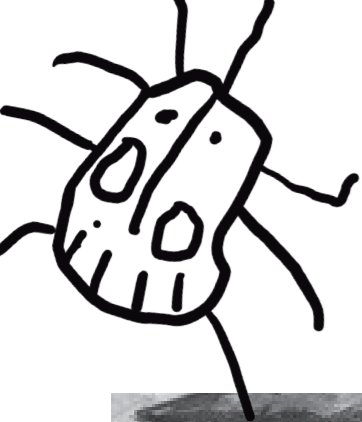
Las ciencias sociales y la salud: una historia reciente

Las ciencias sociales tienen una corta historia en relación al ámbito de la salud en la historia de la ciencia. La conformación de esta área disciplinar propiamente dicha puede ubicarse luego de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, sus orígenes pueden ser rastreados mucho antes circunscritos al mundo médico y sin demasiado impacto en las ciencias sociales (Briceño León, 2003).

En los inicios del siglo XX, se presentaba un especial interés por las condiciones sociales y ambientales que podían dar lugar a la enfermedad. Dicho interés tenía que ver con el desarrollo de la medicina en la época, siendo el perfil del médico aquel que se ocupaba tanto de lo biológico como de “lo social”; es decir, aquello asociado a la sensibilidad por el sufrimiento del otro enfermo. Esta preocupación por lo social, comienza a disminuir con la aparición de los antibióticos, los insecticidas y la tecnología médica quedando reservada, únicamente, a los médicos dedicados a la salud pública.

¹ Este parásito se transmite al ser humano y otros mamíferos principalmente a través de las deyecciones de insectos hemípteros hematófagos, conocidos en Argentina como “vinchucas” o “chinchas”. Otros mecanismos de transmisión del tripanosoma, aunque menos frecuentes, son la transfusión de sangre o el transplante de órganos de donantes infectados, la transmisión congénita de madres infectadas, la ingestión de sustancias contaminadas con los excrementos de los insectos vectores y algunos casos aislados, por accidentes laborales (OMS, 2007; Sanmartino, 2009b).

² 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 (Albajar Viñas, 2007).



Tal como plantea Nunes (1999) los primeros escritos que pueden encontrarse de sociología de la salud fueron escritos por médicos. Dos de estos textos más antiguos, pioneros en la temática, fueron publicados en Francia por Jules Guèrin en 1848 sobre la medicina social y en Estados Unidos en 1893 por Charles McIntire sobre la importancia del estudio de la sociología médica.

Ciertamente, durante los primeros años del Siglo XX, los mayores avances desde las ciencias sociales estuvieron dados por la psicología a través del inicio e instauración del psicoanálisis. Sin embargo, el aporte central en la definición de este campo teórico de la salud desde lo social, lo constituyó el análisis que hizo el sociólogo norteamericano Talcott Parsons en 1951 desde la teoría funcionalista en cuanto a la relación entre el médico y el paciente dentro de una estructura social.

Otros estudios desarrollados en esta misma línea fueron los llevados a cabo por Robert Merton, junto a G. Reader y P. Kendall en 1957 sobre los mecanismos de socialización de los estudiantes de medicina. Esta tradición continuó con un muy importante estudio llevado a cabo por Howard Becker, junto a B. Geer, E. Hughes y A. Strauss en 1961 sobre el mismo tema, pero con una metodología completamente distinta, ya que se trataba de utilizar la observación participante en el contexto teórico de los inicios del interaccionismo simbólico.

Este proceso, que se desarrolla durante los años cincuenta, ocurre de manera paralela con una importante expansión del mercado de trabajo en las oficinas de los gobiernos, en los ministerios de salud y en oficinas locales con responsabilidad sanitaria así como también en las universidades (Briceño León, 2003). Dicha expansión del empleo permitió dar trabajo a una gran cantidad de sociólogos, antropólogos, psicólogos, entre otros especialistas, y es así que a fines de la década de los cincuenta había una comunidad importante de científicos sociales dedicados a este dominio (Briceño León, 2003). Este “boom” de profesionales sociales dedicados a temas de la salud provocaron que en la década siguiente se generaran distintas asociaciones gremiales como la Asociación Americana de Sociología en 1962, el grupo de sociología médica de la Asociación Británica de Sociología en 1964; y el Comité de Investigación Número 15 de la Sociología Médica en la Asociación Internacional de Sociología en 1966 (Briceño León, 2003). Sin embargo, este impacto fue menor y retrasado en América Latina, ya que no había suficientes profesionales en las áreas sociales en tal momento, siendo recién su apogeo en la siguiente década.

A partir de los años 60 y 70, se comenzaron a gestar otras maneras de abordar el campo teórico a través de la relevancia tomada en la indagación de la relación entre los pacientes, los médicos y el sistema de salud. Dentro de estos abordajes, está

la “teoría del etiquetado” de E. Goffman. Esta teoría tuvo la particular característica de enfocar los estudios desde una visión macro que describía las formas en que el sistema de salud consideraba a los enfermos (Briceño León, 2003).

Fue a partir de este momento que las ciencias sociales también se comenzaron a ocupar del estudio de los hospitales y del sistema de salud con perspectivas muy diversas. Estuvieron aquellos que desarrollaron críticas más frontales a dichas instituciones y saberes como M. Foucault en su libro de 1973 sobre el nacimiento de la clínica, así como también aquellos que procuraron comprender los múltiples aspectos del sistema médico y de los hospitales como el estudio etnográfico llevado a cabo por E. Goffmann en 1970.

Por otra parte, a partir de los años setenta, se comenzó a trabajar de manera más marcada en la comprensión de las enfermedades desde el punto de vista social, con una perspectiva que privilegiaba su origen social (Barata, 1997). En este sentido, estas explicaciones pusieron el acento o en el comportamiento individual con las llamados estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) o más bien en las condicionantes sociales de las enfermedades.

En particular nos interesa indagar, en los párrafos siguientes, esta última corriente que se acerca a las visiones que proponemos desde este artículo. La enfermedad como

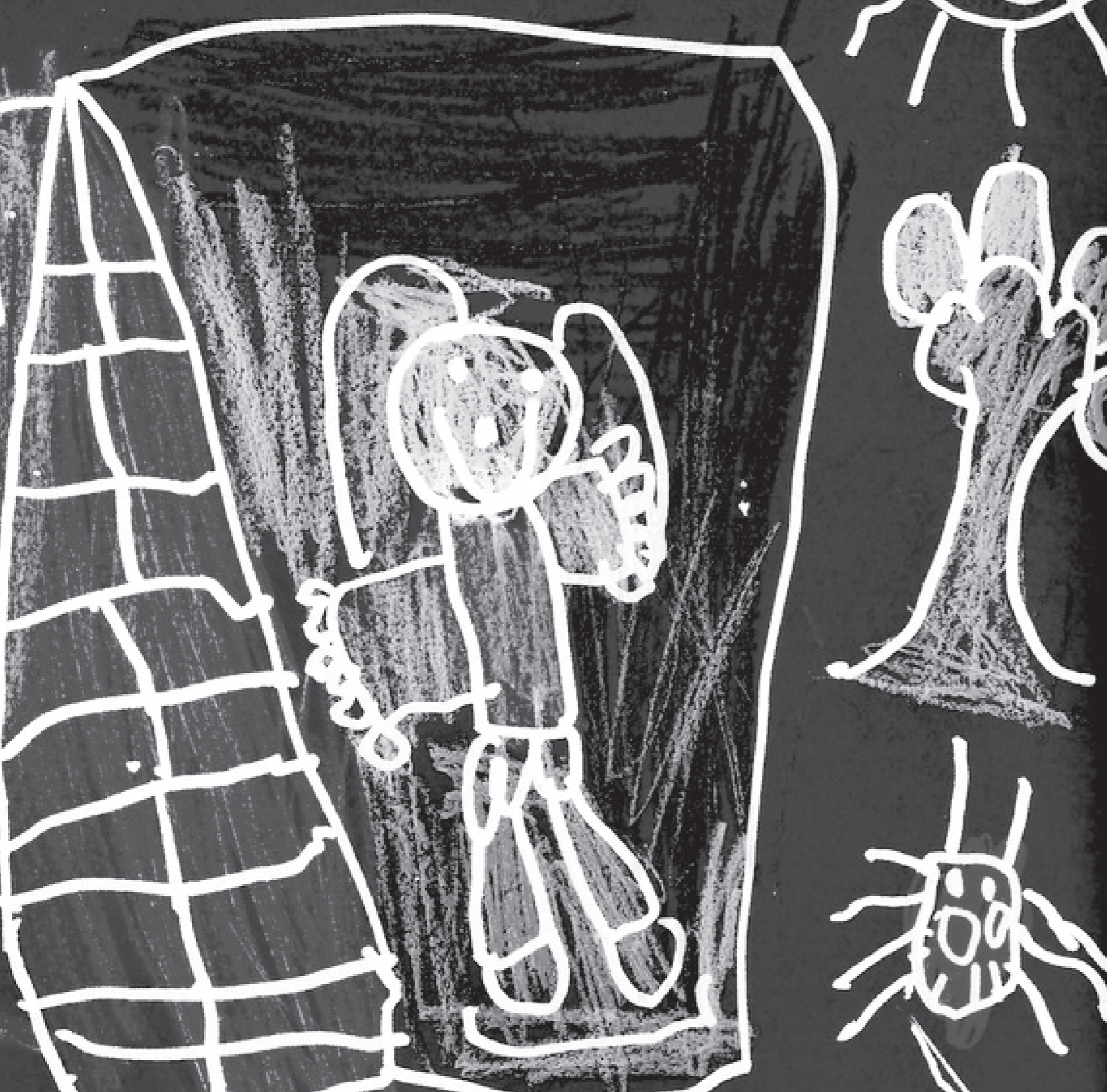
un asunto colectivo ha sido tratada desde muy diversos ángulos. Las diferencias radican en cómo se entiende la situación, la escala en la cual se trabaja y, por supuesto, las maneras cómo se interpreta lo social (Briceño León, 2003). Las escalas de análisis de la enfermedad en tanto asunto colectivo pueden moverse desde del tipo microsocioal, como sería el análisis de la familia o la vivienda, hasta del tipo macrosocioal, como sería el análisis del impacto de la organización en clases, de las formas de división internacional del trabajo y las condiciones materiales del capitalismo en el desarrollo de la enfermedad. Pero, en todos los casos, la variable explicativa es de tipo colectivo o estructural, nunca individual, y por eso fueron las ciencias sociales como la sociología y la antropología las que las adoptaron.

Dentro de la dimensión microsocioal fue muy importante el estudio de la vivienda como un factor social que determinaba la transmisión de ciertas enfermedades como es el caso del Chagas. En estos casos son las condiciones de

Según la Organización Panamericana de la Salud (2006), el país con mayor prevalencia de Chagas es Bolivia: 7 de cada 100 personas tienen la enfermedad en ese país.



EL CHAGAS



La Colmena

la vivienda, sus cualidades o sus carencias lo que permite u obliga a la exposición al riesgo de contraer la enfermedad.

Por otro lado, dentro de la dimensión macrosocial, se procuró una interpretación de las enfermedades como el resultado de un proceso social amplio, como, por ejemplo, los procesos de reforma neoliberal, y de achicamiento del Estado con consecuencias lógicas en la eliminación de los programas sociales y sanitarios de control de muchas enfermedades.

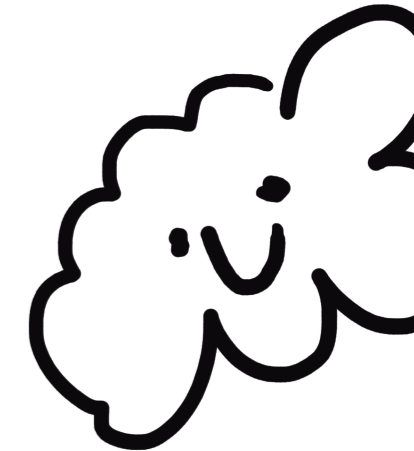
Es por esta necesidad de considerar aspectos tan variados en el análisis situaciones epidemiológicas complejas, que han surgido visiones holistas o integrales como las que se proponen al final de este artículo, procurando combinar los enfoques macrosociales con las microsociales.

En resumen, las corrientes precursoras de los acercamientos entre las ciencias sociales y la salud surgieron en primer lugar dentro de los ámbitos puramente médicos. Posteriormente, por esta influencia y desde una visión ampliamente crítica, las ciencias sociales exploraron cómo los procesos sociales pueden ser los causantes de algunas enfermedades, desde lo individual y lo colectivo. Además, queda evidenciado que esta área de conocimiento es relativamente nueva y posee una gran diversidad y riqueza de perspectivas, presentando cambios permanentes en sus enfoques, en sus áreas de estudio y en sus conceptualizaciones.

Chagas y Ciencias sociales: antecedentes

Ya desde el primer artículo de Carlos Chagas en 1909 hay un esfuerzo por describir la situación social de la enfermedad: *"hay un designio nefasto en el estudio de la tripanosomiasis, cada trabajo, cada estudio apunta un dedo hacia una población mal nutrida que vive en malas condiciones; apunta hacia un problema económico y social que a los gobernantes les produce tremenda desazón pues es testimonio de su incapacidad para resolver un problema inconmensurable. [...] Hable de esta enfermedad y tendrá a los gobiernos en contra"* (Moratal Ibañez et al., 2006).

Lo mismo puede encontrarse en los sucesivos estudios y escritos que continuaron el análisis de la problemática a principios y mediados de siglo. A modo de ejemplo se encuentran los estudios de: Emmanuel Díaz, discípulo de Carlos Chagas, en Brasil acerca de las condiciones sociales de la enfermedad; Mazza, pionero investigador del tema en Argentina, planteando al tema como *"asunto subversivo para la estructura agraria dominante"*; Romaña, también de Argentina; Torrealba y Gabaldón, en Venezuela, analizando las condiciones sociales de la vivienda y la transmisión de la enfermedad. Dichos investigadores, por su manera de abordar la problemática, no pretenden establecer un campo teórico nuevo, más bien plantean la necesidad urgente de incorporar nuevos saberes que



contemplan aspectos sociales (Briceño, León, 2003).

Teniendo en cuenta los análisis más específicos de la enfermedad desde la perspectiva individual de los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) descriptos anteriormente, encontramos las investigaciones de Cabrera et al. (2003), Sanabria Rojas et al. (2002), Sanmartino, (1999, 2006), Sanmartino y Crocco (2000) donde se analizan los factores de riesgo y su relación con el nivel de conocimientos

acerca del Chagas, en cuyos resultados se reflejan un predominio de los factores de riesgo y un limitado nivel de conocimientos sobre la enfermedad y los mecanismos de transmisión.

Con respecto a los análisis de la enfermedad desde una perspectiva colectiva encontramos algunas pocas investigaciones acerca del Chagas tanto de tipo microsocioal como macrosocioal. En cuando a las perspectivas microsocioales se sucedieron una serie de estudios que centraron su análisis en las condiciones de las viviendas como el techo de paja, las grietas en las paredes, entre otros factores que permitían la presencia del vector de la enfermedad (Zeledón y Vargas, 1984; Dias,

1985). En esta misma línea, pero ya introduciendo variables macrosocioales, se destaca la investigación realizada por el sociólogo venezolano Briceño León (1990) donde si bien se plantea el papel que ocupa la casa en la problemática, introduce al debate el papel de las condiciones sociales y económicas de las poblaciones afectadas.

En cuanto a las perspectivas macrosocioales, se encontraron estudios como el de Silva (1999) donde se muestra cómo se relaciona la expansión de la enfermedad en San Paulo con los cambios que se dan en las relaciones sociales de trabajo, la organización y ocupación del espacio. En esta misma línea, el estudio de Schofield (1988), muestra como la población indígena que originalmente sufría la enfermedad en el territorio de Bolivia se va expandiendo hacia el resto del continente, planteando el papel de las migraciones en el estudio de la problemática. Por último encontramos la investigación realizada por el sociólogo argentino Zabala (2009) donde se realiza un recorrido histórico y social para describir y analizar al Chagas como problemática científica y social desde su descubrimiento hasta la actualidad.

(Re) pensando el Chagas en cuatro dimensiones: enfoques integrales para abordar la problemática.

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. Actualmente, 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, esta ha ido perdiendo protagonismo a medida que avanza el nuevo rostro de la problemática. Este segundo rostro cada vez más urbano, alude a la complejización del tema debido a las migraciones internas y externas producto del capitalismo global. En este rostro cobra mayor énfasis los distintos modos de transmisión de la enfermedad, su carácter ahora también urbano y global (Briceño León, 2009; Sanmartino, 2009).

De este modo, y teniendo en cuenta la complejidad que tiene el Chagas en tanto entidad a la vez biológica, social, cultural, económica y política, creemos que debe adoptarse una

perspectiva transdisciplinaria y holista que contemple la mirada social como constitutiva de dichos análisis (Sanmartino et al., 2012b). En este sentido, sostenemos que deben trascenderse los enfoques reduccionistas y estereotipados del Chagas como “una enfermedad exclusivamente de pobres”, restringida al ámbito rural y latinoamericano, con incumbencia exclusivamente biomédica, para poner en práctica un abordaje integral del tema.

Para llevar a cabo esta tarea definimos³ cuatro grandes dimensiones (Sanmartino et al., 2012b) para enfocar el análisis de la problemática del Chagas: la biomédica, la epidemiológica, la socio-cultural y la política-económica. Los elementos constitutivos de cada una, se conjugan dinámicamente para constituir el entramado que expresa toda la complejidad del Chagas. A continuación se detalla cada una de las mismas:

- La Dimensión Biomédica: abarca los aspectos biológicos, es decir, la biología del agente causal y del vector (ciclos de vida, comportamientos, hábitats, distribución, entre otras) y los aspectos médicos relacionados con la manifestación de la enfermedad, su diagnóstico, tratamiento, prevención y las vías de transmisión.

- La Dimensión Epidemiológica: incluye los aspectos que permiten caracterizar la situación de la problemática a nivel poblacional, a través de parámetros como: la prevalencia e incidencia, su distribución, índices de infestación, entre otros. También se contempla el fenómeno de los crecientes movimientos migratorios.

- La Dimensión Socio-Cultural: involucra aspectos vinculados a las condiciones de vivienda, pautas culturales, organización de domicilio y peridomicilio⁴, condiciones socio-económicas, particularidades de los contextos rurales y urbanos, así como valoraciones sociales (discriminación, prejuicios, entre otras).

- La Dimensión Político-Económica: comprende aquellos aspectos relacionados con la gestión pública y la toma de decisiones a nivel sanitario, educativo, legislativo y económico; tanto a nivel local, como regional y mundial.

A lo largo de estos últimos 2 años, venimos implementando este enfoque (Sanmartino et al., 2011a; Sanmartino et al., 2012b; Sanmartino et al., 2012c; Medone et al. 2013; Ceccarelli et al., 2013) aplicado a distintas experiencias educativas con

docentes y alumnos en la Ciudad de La Plata (Buenos Aires - Argentina). Para analizar dichas experiencias (talleres educativos) a la luz de las cuatro dimensiones mencionadas, se identificaron las representaciones acerca de la problemática en los participantes de las mismas tanto antes como después de los talleres. En este sentido, hemos observado, que los elementos predominantes en los discursos de los docentes y alumnos están vinculados, principalmente, a las visiones más tradicionales de la problemática: la bio-médica y la epidemiológica. Sin embargo al proponer una mirada integral desde los talleres, ambas dimensiones fueron enriquecidas y complejizadas con la incorporación de nuevas y más precisas expresiones. A su vez, luego de realizadas las actividades, surgieron elementos, totalmente ausentes anteriormente, como los vinculados con la dimensión político-económica y socio-cultural de la problemática (Medone et al., 2013). En conclusión, a partir de los resultados que hemos obtenido implementando este enfoque, apuntamos a seguir promoviendo y profundizando el abordaje de la problemática del Chagas desde las múltiples dimensiones que la integran y desde los diversos actores que la conforman.

³ Dentro del Proyecto de Extensión del que formo parte, llamado “¿De qué hablamos cuando hablamos de Chagas? Estrategias y recursos didácticos para abordar el tema en diferentes contextos educativos” (2011-2013, Universidad Nacional de La Plata, Buenos Aires, Argentina) <http://www.hablamosdechagas.com.ar/>

⁴ El peridomicilio se define como el área alrededor de una vivienda ya existente en un radio de no más de cien metros donde generalmente se ubican los gallineros y lugares donde se crían los animales.

Reflexiones finales: la compleja trama del Chagas y el papel de las ciencias sociales.

De todo lo expuesto, 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 (Amieva, 2013b).

No se puede negar que la comunidad científica, principalmente bio-médica, 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 (Amieva, 2013b). 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).

Del mismo modo, sabemos que establecer un área nueva de conocimiento o un modo diferente de hacer actividades científicas como lo es el campo

de la salud y las ciencias sociales, se constituye en un proceso complejo, ya que no se trata de una acción que se realiza en un espacio vacío, sino que se erige en un terreno ya ocupado donde existen disputas y luchas por la apropiación del poder y del saber (Foucault, 2002).

Como hemos mencionado en apartados anteriores, la vinculación entre las Ciencias Sociales y la problemática del Chagas, ha tenido, hasta el momento, un desarrollo escaso y poco sostenido en el tiempo. Por ello apuntamos a que comiencen a desarrollarse estudios que aborden - desde un enfoque social, colectivo, desnaturalizado - 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 (Amieva, 2013b). En esta línea es que hemos avanzado planteando una alternativa innovadora mediante la presentación de un enfoque multidimensional para abordar la problemática del Chagas (Sanmartino et.al, 2012b).

Al mismo tiempo, no deberíamos perder de vista la articulación inherente entre los conocimientos científicos actuales y futuros sobre el tema, tanto bio-médicos como sociales, y la realidad de las

comunidades afectadas. En este aspecto, también creemos que el papel de las ciencias sociales es muy importante, especialmente desde el campo de la educación. Generando nexos entre instituciones científicas y educativas mediante acciones de divulgación y/o transferencia 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 preexistentes en la sociedad (Freire, 2008), creemos que se debe propiciar un intercambio de saberes horizontales entre todos los actores involucrados para generar el enfoque multidimensional e integral por el cual bregamos en este trabajo.

En consecuencia, desde las Ciencias Sociales debe buscarse un mayor involucramiento en el tema que permitirá, por un lado, abrir el campo (ahora monopolizado por las ciencias bio-médicas) y complejizar el análisis mediante la incorporación de un enfoque crítico y global que contemple al resto de las dimensiones constitutivas de la problemática; y por otro dejar de "hablar de" para comenzar a "hablar con" los propios actores, intentando así la búsqueda de soluciones eficaces contextualizadas para cada poblaciones afectadas. ●

