

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.

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Pobreza Infantil en América Latina y el Caribe. En: CEPAL, Panorama Social en América Latina. Santiago, Chile: Editorial Naciones Unidas, 2013:93-131.
2. Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural. Pobreza y Desigualdad, Informe Latinoamericano 2013. Santiago, Chile: RIMISP, IDRC-CRDI, FIDA; 2014.
3. Vera-Bachmann D, López M. Resiliencia Académica: una alternativa a explorar en la educación de niños y niñas en contextos rurales. *Integra Educativa* 2014;7(2):187-204.
4. Riella A, Vitelli R. Escuelas rurales y desarrollo territorial: una reflexión para el caso Uruguayo. *Revista Pampa* 2005;1:1-20.
5. Díaz R, Osses S, Muñoz S, Alarcón A. Trabajo integrado "centro de salud-escuela", una vía para mejorar la posibilidad de desarrollo de niños campesinos e indígenas de zonas rurales. *Salud Publica Mex* 2014;56:241-242.
6. Kearns R, Lewis N, McCreanor T, Witten K. The status quo is not an option: community impacts of school closure in South Taranaki, New Zealand. *Journal of Rural Studies* 2009;25:131-140.

Sociedades médicas del Perú: ¿están cumpliendo su rol en la promoción de la investigación?

Señor editor: La producción científica peruana continúa con indicadores bajos cuando se compara con el contexto sudamericano.¹ Estudios previos muestran la escasa producción científica de los miembros de una institución peruana destinada a promover la investigación médica:² sólo 24% de los proyectos para obtener el título de especialista de una universidad peruana llegan a ser publicados,³ y sólo 8% de los trabajos presentados en los congresos de la Sociedad Peruana de Gastroenterología fueron publicados.⁴

En el Perú, la producción y promoción científica están a cargo de diversos tipos de instituciones,² dentro de las cuales están las sociedades médicas, asociaciones académico-científicas cuyo principal objetivo es fortalecer el sistema de

salud y promover la investigación y educación médica continua a nivel nacional.⁵ Actualmente existen 37 sociedades médicas registradas en el Colegio Médico del Perú.⁶

Al realizar la revisión de estatutos de las sociedades, sólo se pudo obtener información final de 32 de ellas. Se encontró que todas coincidían en la solicitud de requisitos básicos como vigencia de colegiatura, título y registro de médico especialista, así como pago de una membresía. En lo referente a producción científica, 31/32 solicitan la presentación de un trabajo de investigación y sólo 2/32, la publicación de al menos una investigación (cuadro I).

Estos hallazgos podrían reflejar una falta de incentivo a la investigación en las sociedades médicas concordante con la baja producción científica peruana.¹⁻³ Un panorama similar se encontró en las universidades de Centroamérica, donde se reportaron bajos niveles de producción científica de los decanos en las facultades de medicina, escenarios importantes para la promoción de la investigación.⁷

En el Perú existe la Sociedad Científica Médico Estudiantil Peruana (Socimep), que alberga a las socieda-

des científicas de cada facultad de medicina de Perú. Su principal objetivo es el fomento de la investigación en el pregrado.^{8,9} De los diferentes requisitos que Socimep solicita a sus asociados, uno es tener al menos un trabajo de investigación publicado en revistas indizadas en SciELO, Embase, Scopus, ISI o Medline, aspecto que, en general, es más ambicioso que los solicitados por las sociedades médicas.

La producción científica, reflejada en publicaciones en revistas indizadas, debe considerarse un indicador importante de la calidad profesional del médico.² Las sociedades médicas se conforman por profesionales cuya responsabilidad es la aplicación y creación de nuevo conocimiento en beneficio de la salud de la población,⁵ además de los aspectos relacionados con la promoción de actividades académicas o administrativas que podrían desarrollarse.

Concluimos refiriendo que los requisitos de las sociedades médicas deberían reflejar una adecuada promoción científica acorde con las necesidades de investigación del país. Por ello, es necesario que se reevalúen estos aspectos y se ponga mayor énfasis en la producción científica, buscando alcanzar mejores indicadores de investigación y de salud a nivel nacional.

Carlos J Toro-Huamanchumo, Est de Med,⁽¹⁾
toro2993@hotmail.com
Laura R Arce-Villalobos, Est de Med,⁽¹⁾
José E Fernández-Chinguel, Est de Med,⁽¹⁾
Cristian Díaz-Vélez, MC, M en Epidemiol.^(2,3)

⁽¹⁾ Universidad de San Martín de Porres. Lima, Perú.

⁽²⁾ Universidad de San Martín de Porres. Filial Norte. Chiclayo, Perú.

⁽³⁾ Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo, Essalud. Chicago, Perú Lambayeque. Chiclayo, Perú.

Cuadro I

PRINCIPALES REQUISITOS PARA SER MIEMBRO TITULAR EN LAS SOCIEDADES MÉDICAS INSCRITAS EN EL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ (CMP). AGOSTO DE 2015

Requisito*	n=32
Vigencia de colegiatura	32
Título de médico especialista y registro en el CMP	32
Pago de membresía	32
Presentación de un trabajo de investigación	31
Recertificación	26
Publicación de al menos un trabajo de investigación	2

* Fuente: datos obtenidos de la referencia 6

Referencias

1. Huamani C, González G, Curioso WH, Pacheco-Romero J. Redes de colaboración y producción científica sudamericana en medicina clínica, ISI Current Contents 2000-2009. *Rev Med Chile* 2012;140(4):466-475.