

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE FIEBRE HEMORRÁGICA
ARGENTINA EN DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN ESCUELAS
URBANAS Y SUBURBANAS DE GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN EL DISTRITO DE
PERGAMINO, BUENOS AIRES, ARGENTINA**

TESISTA: MARCOS AUGUSTO RODRIGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: DRA. LAURA M. RIERA

TESIS DE MAESTRÍA EN PREVENCIÓN Y CONTROL DE ZONOSIS

INSTITUTO DE POSGRADO

UNNOBA

PERGAMINO, BUENOS AIRES, ARGENTINA

NOVIEMBRE DE 2025

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE FIEBRE
HEMORRÁGICA ARGENTINA EN DOCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA EN
ESCUELAS URBANAS Y SUBURBANAS DE GESTIÓN PÚBLICA Y PRIVADA EN EL
DISTRITO DE PERGAMINO, BUENOS AIRES, ARGENTINA”**

AUTOR: MARCOS AUGUSTO RODRIGUEZ

Esta Tesis es presentada como parte de los requisitos para optar al grado académico de Máster en Prevención y Control de las Zoonosis de la Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires y no ha sido previamente presentada para la obtención de otro título en esta u otra Universidad. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo durante el período comprendido entre 2020 y 2022, bajo la dirección de Laura M. Riera.

Marcos A. Rodríguez



Nombre y firma del Maestrando

Laura. M. Riera



Nombre y firma de la Directora

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional del Noroeste de Buenos Aires, por brindarme el espacio de formación y el marco académico necesario para realizar esta investigación. Universidad pública y de calidad siempre.

A mi directora de tesis, Laura Riera, por su disponibilidad constante, la insistencia permanente, la confianza depositada en mi trabajo y su guía que fue fundamental para superar cada etapa de este proceso.

A la ex directora del departamento de Ciencias Básicas y Experimentales de la UNNOBA, Susana Pistorale, por apoyar incondicionalmente mi formación dentro de la universidad.

A Juliana Iglesias, que sin querer generó mi temor a su rigor académico que me acompaña desde mis tiempos de becario.

A Valeria García, que no se le escapa detalle alguno y ordenó lo que yo ya no podía mirar.

ÍNDICE

Resumen.....	9
Abstract.....	10
Capítulo I.....	11
1. Introducción.....	11
1.1 Objetivos.....	15
1.1.1 Objetivo General.....	15
1.1.2 Objetivos Específicos.....	15
1.2 Importancia de la Investigación.....	15
1.3 Contenido.....	16
Capítulo II.....	16
2. Marco Teórico.....	16
Parte I.....	16
2.1 La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA): Historia, Características y Abordaje Sanitario.....	16
2.1.2 La FHA. La Enfermedad.....	20
2.1.3 Agente Patógeno.....	22
2.1.4 Reservorio del JUNV.....	23
2.1.5 Ubicación. Endemia.....	27
2.1.6 Patogenia.....	30
2.1.7 Sintomatología.....	31
2.1.8 Tratamiento. Terapéutica General.....	34
2.1.9 Vigilancia.....	35
2.1.10 Prevención.....	36
2.1.10.1 Acciones de Prevención y Control.....	36

2.1.10.2 Vacuna Candid #1 contra la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA): desarrollo, producción y uso en salud pública.....	37
2.1.11 Programa Nacional de Control de la FHA (PNCFHA).....	40
2.1.12 Instituto Nacional De Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (Inevh-Maiztegui).....	43
2.1.13 Epidemiología de la FHA.....	45
2.1.14 Situación Epidemiológica Actual de la FHA.....	47
2.1.14.1 Situación Epidemiológica Actual de FHA en el País.....	47
2.1.14.2 Situación Epidemiológica Actual de FHA en la Provincia de Buenos Aires.....	50
2.1.14.3 Acciones Realizadas por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires (DVECB) Durante el Año 2022.....	52
Parte II.....	53
2.2 Educación.....	53
2.2.1 La Escuela Como Institución.....	55
2.2.2 El Proyecto Educativo Institucional (PEI).....	55
2.2.3 Educación y Salud.....	56
2.2.4 El Cuerpo, Entre el Discurso Médico y el Discurso Escolar.....	59
2.2.5 La Salud Adolescente.....	60
2.2.6 Los/Las Docentes.....	61
2.2.7 Análisis de la Práctica Docente.....	63
2.2.8 El Poder Atraviesa la Práctica Docente.....	64
2.2.9 El Rol Docente Hoy.....	65
2.2.10 Los Contenidos.....	66
2.2.11 Currículum.....	68

2.2.12 Textos Pedagógicos o Libros de Texto.....	69
2.2.13 Salud y Adolescencia y su Enseñanza en el Ciclo Superior de la Escuela Secundaria.....	70
2.2.14 La Planificación de la Enseñanza.....	71
2.2.15 Elementos de la Planificación.....	72
2.2.15.1 Fundamentación.....	72
2.2.15.2 Objetivos o Expectativas de Logro.....	72
2.2.15.3 Contenidos.....	72
2.2.15.4 Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje.....	72
2.2.15.5 Actividades.....	73
2.2.15.6 Recursos Didácticos.....	73
2.2.15.7 Evaluación.....	73
2.2.15.8 Bibliografía para los Estudiantes.....	73
2.2.15.9 Actividades de Extensión e Investigación.....	73
2.2.16 La Promoción de la Salud en la Escuela.....	73
2.2.17 Sociedad de la Información y del Conocimiento.....	76
2.2.18 La Irrupción de los Movimientos Antivacunas en la Sociedad del Conocimiento.	77
2.2.19 El Rol de la Escuela en la Prevención de la FHA.....	78
Capítulo III.....	80
3. Metodología.....	80
3.1 Enfoque Metodológico.....	80
3.2 Instrumentos.....	82
3.2.1 Documentación.....	83
3.2.2 Universo de Instituciones Educativas (IE) del Nivel Secundario.....	84
3.2.3 Los Libros de Texto.....	86

3.2.4 Encuestas a Docentes.....	93
3.2.5 Aplicación de la Encuesta.....	93
3.2.6 Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre FHA.....	94
3.2.6.1 Diseño del Cuestionario.....	94
3.2.6.2 Validación de los Instrumentos.....	95
3.2.6.3 Recolección de Datos.....	95
3.2.6.4 Consideraciones éticas y confidencialidad.....	95
3.2.6.5 Material Reunido en las Encuestas.....	96
3.2.6.6 Tratamiento y Análisis de los Datos.....	96
3.2.7 Universo Docente.....	96
3.2.8 Tiempo de Ejecución.....	97
Capítulo IV.....	97
4. Resultados y Discusión.....	97
4.1 Estudio de Documentos.....	97
4.1.1 Análisis de Diseño Curricular para la Educación Secundaria de la Provincia de Buenos Aires: Marco General para el Ciclo Superior (Resolución N° 3828/09).....	97
4.1.2 Análisis del Diseño Curricular para la Educación Secundaria: Salud y Adolescencia.....	99
4.1.3 Análisis del Diseño Curricular Provincia de Buenos Aires Profesorado para el Tercer Ciclo de la EGB y la Educación Polimodal de Biología con Trayecto en Ciencias Naturales.....	105
4.1.4 Análisis de las Planificaciones Pedagógicas en el Profesorado.....	107
4.1.5 Análisis de los Proyectos Educativos Institucionales.....	109
4.1.6 Análisis de las Planificaciones Pedagógicas Áulicas Anuales de Salud y Adolescencia.....	111

4.2 Análisis de los Libros de Texto de Salud y Adolescencia.....	114
4.3 Análisis Cuantitativo y Cualitativo de la Información Reunida a través de las Encuestas CAP.....	118
4.3.1 Tomar la Decisión de Realizar una Encuesta CAP. Fortalezas y Limitaciones.....	120
4.3.2 Interpretación de las Conclusiones y Presentación de los Datos.....	121
4.3.3 Conocimientos Acerca de la FHA.....	122
4.3.4 Actitudes hacia la FHA.....	145
4.3.5 Prácticas Acerca de la FHA.....	150
4.3.6 Resumen de los Resultados de la Encuesta CAP por Bloques.....	154
4.3.6.1 Sobre el Bloque Conocimientos.....	154
4.3.6.2 Sobre el Bloque Actitudes.....	155
4.3.6.3 Sobre el Bloque Prácticas.....	156
4.3.7 Limitaciones del Estudio.....	158
Capítulo V.....	158
5. Conclusiones Generales.....	158
5.1 Conocimientos: Fragmentarios, Desactualizados e Insuficientes.....	161
5.2 Actitudes: Disposición Positiva pero Baja Percepción de Urgencia.....	161
5.3 Prácticas: Desconexión entre Saber, Creer y Hacer.....	162
5.4 Proyectos Educativos Institucionales, Diseños Curriculares, Planificación, Libros de Texto y Contexto: una Deuda Estructural.....	163
5.5 Conclusión Integradora.....	165
5.6 Recomendaciones Finales.....	165
Capítulo VI.....	166
Referencias Bibliográficas.....	166

Resumen

Esta tesis aborda el conocimiento de la Fiebre Hemorrágica Argentina, una zoonosis viral endémica grave, entre docentes de escuelas secundarias en Pergamino. La investigación, centrada en los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de docentes, reveló un panorama preocupante: los/as docentes poseen conocimientos fragmentados y una baja percepción de riesgo, lo que se traduce en prácticas deficientes y una baja tasa de vacunación. El problema principal identificado es una deuda estructural en el sistema educativo: la Fiebre Hemorrágica Argentina no figura en los diseños curriculares ni es una prioridad educativa. Este estudio concluye que es urgente implementar políticas educativas y capacitación docente que incorporen la educación sanitaria territorializada para fortalecer el rol de la escuela en la salud pública.

Palabras claves: Fiebre Hemorrágica Argentina, Zoonosis, Diseños curriculares, Escuelas secundarias de Pergamino, Proyectos Educativos Institucionales, Docentes, Conocimientos, Actitudes y Prácticas, Educación Sanitaria territorializada.

Abstract

This thesis examines the level of knowledge of Argentine Hemorrhagic Fever, a severe endemic viral zoonosis, among teachers in secondary schools in Pergamino, Argentina. The research that focuses on the knowledge, attitudes, and practices of the teaching staff reveals a concerning situation: teachers demonstrate fragmented knowledge and a low perception of risk, which translates into inadequate preventive practices and low vaccination rate. The main problem identified is a gap within the educational system, as Argentine Hemorrhagic Fever is neither included in the school curricula nor established as an educational priority. This study concludes that there is an urgent need to implement educational policies and teacher training programs that incorporate territorialized health education in order to strengthen the role of schools in public health promotion and disease prevention.

Key Words: Argentine Hemorrhagic Fever, Zoonosis, Curricula Designs, Secondary schools in Pergamino, Institutional Educational Projects, Teachers, Knowledge, Attitudes, and Practices, Territorialized Health Education.

Capítulo I

1. Introducción

El desarrollo de la presente tesis tiene su origen en mi experiencia docente en distintas escuelas secundarias de la ciudad de Pergamino y su zona de influencia, dictando la asignatura Salud y Adolescencia, correspondiente al cuarto año del nuevo Diseño Curricular (DC) de la educación secundaria de la provincia de Buenos Aires. Al abordar la temática de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), detecté un marcado desconocimiento por parte del estudiantado. En los registros de clase de una escuela suburbana, que abarcan los ciclos lectivos de 2013 a 2016 y comprenden aproximadamente 120 estudiantes, observé que el porcentaje de alumnos vacunados no superó el 30%. En las escuelas urbanas, la situación era aún más preocupante: de aproximadamente 180 estudiantes, solo un 12% manifestó estar vacunado, un 19% afirmó no estarlo y un 69% expresó no saberlo (información personal no publicada).

Al compartir esta situación con colegas docentes, advertí que el desconocimiento sobre la FHA trascendía el aula. Esta preocupación me llevó a diseñar proyectos de vacunación, los cuales enfrentaron resistencias tanto de la comunidad educativa como de las familias, dificultando el ejercicio del derecho a la vacunación. En este contexto, el presente trabajo se propone abordar dos ejes vinculados a través de la educación: la FHA y los discursos docentes que circulan en la comunidad educativa. Surge entonces la necesidad de indagar: ¿cuánto saben los/las docentes sobre la FHA? ¿Qué acciones realizan en relación con esta enfermedad?

La FHA, también conocida como "Mal de los Rastrojos", es una enfermedad viral aguda y grave, causada por el virus Junín (JUNV, Arenaviridae) (Arribalzaga, 1955; Parodi et al., 1958; Pirotsky et al., 1959). Se trata de una enfermedad endemo-epidémica que afecta predominantemente a la población rural de la región pampeana (McKee et al., 2008; Gárgano y Piaz, 2017). Su gravedad radica en que, sin tratamiento precoz con plasma inmune administrado antes del octavo día desde el inicio de los síntomas, la letalidad puede

alcanzar valores entre el 16% y el 30% (Maiztegui, Fernández y De Damilano, 1979; Briggiler et al., 2015).

La FHA es considerada una zoonosis, ya que es causada por un virus de ARN del género *Mammarenavirus*, cuyo reservorio principal es el roedor silvestre *Calomys musculus* (Sabattini y Maiztegui, 1970; Sabattini y Contigiani, 1982). Dado que resulta imposible erradicar este reservorio por su amplia distribución geográfica, los esfuerzos se enfocaron en el desarrollo de una vacuna (Enría et al., 2010; Gárgano y Piaz, 2017).

Desde el punto de vista clínico, tras un período de incubación de entre 6 y 14 días, la FHA se presenta inicialmente con síntomas como cefalea, mialgias, astenia, anorexia e hipertermia moderada (38°C o 39°C), evolucionando luego con manifestaciones gastrointestinales, neurológicas y cardiovasculares, generalmente sin compromiso de la vía aérea superior (Maiztegui, 1975; Enría, Briggiler y Feuillade, 1998). Los análisis bioquímicos clínicos de la fase aguda informan una progresiva leucopenia y trombocitopenia, con valores de eritrosedimentación normales o disminuidos. En la segunda semana de evolución, muchos pacientes muestran mejoría, mientras que otros desarrollan formas severas con manifestaciones neurológicas y/o hemorrágicas graves, shock o infecciones bacterianas (Briggiler et al., 2015).

La infección se produce por contacto directo o indirecto con roedores infectados, o por inhalación de sus excretas (Maiztegui y Sabattini, 1977; Sabattini y Contigiani, 1982; Enría et al., 1998). El tratamiento incluye la aplicación temprana de plasma inmune específico, que puede reducir la mortalidad al 1% si se administra dentro de los primeros ocho días (Enría et al., 1984). Como estrategia preventiva, se desarrolló la vacuna Candid #1, que ha demostrado ser inocua, inmunogénica y eficaz (Barrera Oro y McKee, 1991).

En la historia de la FHA se identifican tres etapas. La primera, entre 1943 y 1962, corresponde a la aparición y descripción científica de la enfermedad, así como a las primeras investigaciones que permitieron descubrir el agente etiológico y desarrollar una vacuna inicial. La segunda etapa, entre 1963 y 1990, se caracteriza por la expansión de la enfermedad a nuevas áreas geográficas como el sur de Córdoba, Pergamino (provincia de

Buenos Aires) y el sur de Santa Fe (Agnese, 2011). Durante este período se creó el Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágicas, hoy Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH) "Dr. Julio I. Maiztegui", y se estableció el tratamiento con plasma inmune y el desarrollo de una vacuna eficaz. La tercera etapa, desde 1990 hasta la actualidad, incluye el fortalecimiento del Programa Nacional de Control de la FHA (PNCFHA) y la firma de un convenio con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el desarrollo de la vacuna Candid #1, producida por el INEVH. Se sumaron múltiples instalaciones como el Laboratorio de Cultivos Celulares y el Laboratorio de Control de Calidad (LCC), y en 2001 se habilitó la producción total como planta de vacunas virales humanas por parte de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) (Ambrosio et al., 2006).

La vacuna ha demostrado una efectividad del 95,5% (Maiztegui et al., 1998; Enria y Oro, 2002), lo que permitió su registro en 2006 y su incorporación en 2007 al Calendario Nacional de Inmunizaciones, estando actualmente disponible para toda la población mayor de 15 años en las cuatro provincias de la zona endémica, Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa (Mastrangelo et al., 2014).

En los últimos años, se han identificado cambios en el patrón epidemiológico clásico, que inicialmente involucraba principalmente a varones adultos rurales. Entre 2001 y 2010 se observó un aumento en la proporción de casos en mujeres y en localidades no históricamente endémicas, como el sudeste de la provincia de Buenos Aires (Briggiler et al., 2015; Sinchi, 2021). Además, se ha reducido la proporción de personas enfermas que realizan trabajo rural, mientras que han aumentado los casos en individuos que desarrollan otras actividades económicas o residen en zonas urbanas, así como en trabajadores migrantes y viajeros asociados al sector agroindustrial (Briggiler et al., 2015).

Un estudio realizado por Briggiler y colaboradores en 2015 mostró que la capacitación y sensibilización del sistema de salud local permitió mejorar el reconocimiento de la enfermedad, con resultados exitosos tanto en la información como en la inmunización

de la población expuesta. Sin embargo, dicho estudio no contempló la participación de las instituciones educativas como actores clave en estas acciones intersectoriales.

La educación en salud es un proceso fundamental que influye en la transmisión de conocimientos sanitarios y en el desarrollo de conductas individuales y colectivas saludables (Álvarez, 2002). Existe una necesidad creciente de fortalecer la educación para la salud y capacitar adecuadamente a los/las docentes en esta área (Ashton et al., 1998). La experiencia demuestra que la participación comunitaria en todas las fases de los proyectos sanitarios aumenta cuando se la acompaña con educación y programas escolares (Cepis, 1996).

Existen antecedentes exitosos en Argentina, como los relacionados con la enfermedad de Chagas-Mazza, en los que los alumnos actuaron como transmisores de mensajes saludables (Catalá, 2000; Crocco et al., 2006; Falavigna-Guilherme et al., 2002). No obstante, la implementación de estas estrategias se vio dificultada por la escasa formación docente en la temática.

Para que los estudiantes puedan desempeñar un rol activo como promotores de salud en sus escuelas, familias y comunidades, es indispensable contar con docentes capacitados y herramientas didácticas planificadas que los orienten en estas acciones (Crocco et al., 2005).

El conocimiento de los/las docentes sobre la FHA como problema social resulta esencial para llevar adelante propuestas educativas significativas. Sin embargo, este tema no se encuentra explícitamente incluido ni en la formación general docente ni en los contenidos curriculares de nivel medio.

En función del rol fundamental que desempeñan las escuelas en la sociedad, este trabajo se propone evaluar qué conocimientos poseen los/las docentes sobre la FHA como punto de partida para diseñar estrategias de capacitación y actualización que permitan incorporar esta temática en el aula y desarrollar acciones preventivas y de promoción.

Aunque no existen investigaciones educativas específicas sobre esta endemia, sí se reconocen los esfuerzos del INEVH por difundir el conocimiento sobre la enfermedad y

fomentar un abordaje preventivo. En este sentido, resulta clave analizar los discursos escolares sobre la FHA, especialmente en el nivel secundario, ámbito en el que se forman sujetos capaces de intervenir en la promoción de la salud y reducir factores de riesgo mediante estrategias preventivas.

Tomando como referencia estudios sobre otras endemias como el Chagas, se propone aplicar el enfoque de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) a la función docente en relación con la FHA. De este modo, esta investigación plantea los siguientes interrogantes: ¿Qué saben los/las docentes sobre la FHA? ¿Qué actitudes tienen al respecto? ¿Qué prácticas educativas llevan adelante en torno a esta problemática?

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

Caracterizar los conocimientos, actitudes y prácticas educativas de los/las docentes sobre la FHA en escuelas secundarias urbanas y suburbanas, de gestión estatal y privada, del partido de Pergamino (provincia de Buenos Aires).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Evaluar los sistemas de promoción de la salud a través de los instrumentos generales y los incluidos en los Proyectos Institucionales (PI) de las escuelas estudiadas.
- Identificar las capacidades docentes para desarrollar acciones educativas vinculadas a la FHA.
- Recopilar información específica sobre la FHA en las escuelas seleccionadas para comprender la situación actual.

1.2 Importancia de la Investigación

En la práctica docente cotidiana, la FHA no se encuentra presente en los discursos escolares, lo cual la convierte en una enfermedad invisibilizada, incluso en zonas endémicas como el partido de Pergamino. Esta omisión constituye un obstáculo relevante para su prevención y promoción.

Abordar esta problemática desde una perspectiva histórica, epistemológica y contextualizada permitirá desarrollar estrategias educativas eficaces para el nivel secundario, que contribuyan a superar dicha invisibilización.

1.3 Contenido

Esta tesis se organiza en cinco capítulos. El primero presenta la situación problemática, los interrogantes de investigación y los objetivos generales y específicos.

El segundo capítulo desarrolla los fundamentos teóricos y antecedentes de investigaciones previas. En su primera sección se analiza la FHA desde una perspectiva histórica y sanitaria en Argentina, y en la segunda se reflexiona sobre el rol de la educación, la tarea docente y la escasa literatura existente sobre la temática.

El tercer capítulo describe el enfoque metodológico cuanti-cualitativo adoptado, los instrumentos de recolección de datos, las dimensiones de análisis y los referentes metodológicos.

El cuarto capítulo analiza los resultados obtenidos: primero los Proyectos Institucionales y las planificaciones de la asignatura Salud y Adolescencia de cuarto año, y luego los CAP docentes sobre la FHA.

Finalmente, el quinto capítulo presenta las conclusiones generales, una síntesis de los hallazgos y sugerencias para futuras investigaciones. Se incluyen también las referencias bibliográficas y los anexos con los instrumentos utilizados.

Capítulo II

2. Marco Teórico

Parte I

2.1 La Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA): Historia, Características y Abordaje

Sanitario

Graciela Agnese (2010) realizó un exhaustivo recorrido histórico y social que permitió identificar los primeros registros documentados de la enfermedad en el año 1943, en la localidad de Nueve de Julio, ubicada en el noroeste de la provincia de Buenos Aires. En ese contexto, los pobladores presentaron síntomas compatibles con un cuadro gripal de

alta severidad, caracterizado por fiebre muy elevada y una tasa de mortalidad cercana al 60% (Martínez Pintos, 1960; Metler, 1970). Esta afección fue conocida popularmente como “la fiebre”.

No fue sino hasta 1958 que la enfermedad fue reconocida oficialmente como un problema sanitario relevante por parte de las autoridades nacionales y provinciales, a raíz de una grave epidemia ocurrida en la localidad de O'Higgins, perteneciente al Partido de Chacabuco. En dicha oportunidad, se evidenció una elevada incidencia entre personas que vivían o trabajaban en entornos rurales, especialmente entre los denominados peones golondrinas (Agnese, 2010).

La autora delimita dos grandes etapas en la evolución de la enfermedad. La primera, que abarca el período comprendido entre 1943 y 1963, incluye las primeras epidemias registradas. La segunda etapa, entre 1963 y 1990, se caracteriza por la expansión geográfica de la enfermedad hacia nuevas áreas, incluyendo el Partido de Pergamino (provincia de Buenos Aires), el sudeste de Córdoba y el sur de Santa Fe. Esta ampliación territorial motivó la participación activa de nuevos actores científicos y gubernamentales, lo que marcó un punto de inflexión en el abordaje epidemiológico y sanitario de la enfermedad.

“Particularmente en 1953 y 1954, los médicos rurales, observaron con preocupación la reiteración de enfermos de una aparente gripe, que derivaban en graves hemorragias o trastornos neurológicos. Los pacientes, en su mayoría personas jóvenes y saludables vinculadas a las tareas rurales, morían en poco tiempo por una causa no identificada” (Agnese, 2010).

En 1953, el Instituto Biológico de La Plata envió una comisión científica a la zona afectada con el objetivo de investigar la etiología de la enfermedad. Los investigadores realizaron extracciones de sangre a personas enfermas, aunque no lograron identificar un agente patógeno específico (Agnese, 2010).

Hacia fines del verano de 1958, la localidad de O'Higgins experimentó un marcado incremento en el número de casos, especialmente durante el mes de mayo. De diez personas afectadas, cinco fallecieron (Milani, 1962), y la tasa de mortalidad estimada osciló

entre el 18% (Pirotsky et al., 1959) y el 19,43% (Martínez Pintos, 1960), sobre un total de entre 260 y 265 casos registrados, lo que da cuenta de la gravedad del nuevo brote epidémico.

La expansión del brote comprendió los partidos de Alberti, Bragado, Chacabuco, General Viamonte, Junín, Nueve de Julio y Rojas, todos ubicados en el noroeste de la provincia de Buenos Aires. En ese momento, dicha región contaba con una población estimada de 268.049 habitantes y una superficie total de 16.274 km² (Agnese, 2010) (Figura 1).

Durante la epidemia de 1958, de los aproximadamente 260 casos registrados, 223 correspondían a personas con domicilio en zonas rurales, lo que representa un 86% del total. En cuanto a la actividad laboral, 155 de los afectados se dedicaban a la cosecha manual de maíz, y 241 presentaban alguna forma de vínculo directo con el ambiente rural (Pirotsky et al., 1959). Un 60% de los enfermos eran trabajadores temporarios conocidos como *peones golondrina* (Mettler, 1969).

En términos de morbilidad, la mayor incidencia se observó en adultos jóvenes, particularmente en el grupo etario de 21 a 30 años. La enfermedad afectó con menor frecuencia a mujeres, registrándose también algunos casos en niños de entre 10 y 12 años (Mettler, 1969).

A partir de mayo de 1958, un equipo de investigación dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (UBA) se abocó al estudio de esta enfermedad desconocida, constituyéndose en el primer grupo científico que abordó el análisis sistemático de la FHA (Ruggiero et al., 1982).

Por su parte, Agnese (2010) relevó diversas denominaciones populares atribuidas a la enfermedad en ese período, tales como “la fiebre”, “la peste” o “la locura del caballo”, esta última por su aparente similitud clínica con la encefalomiелitis equina. Asimismo, la prensa local de la época utilizó la expresión “Mal de O’Higgins” para referirse al brote de 1958. La elevada incidencia entre los recolectores de maíz, junto con la identificación posterior de ciertas especies de roedores silvestres como reservorios del virus, derivó en la

consolidación del nombre “Mal de los Rastrojos” (Mettler, 1970), que se transformó en la denominación más extendida de la FHA en el imaginario social y rural.

En los ámbitos médico-científicos, la enfermedad fue objeto de múltiples denominaciones en sus primeras etapas, en un contexto de incertidumbre diagnóstica. Entre ellas se encuentran: “Hipertermia Nefrotóxica, Leucopénica y Enantemática” (Arribáizaga, 1955), “Gripe Italiana” o “Gripón” en Bragado, y “Fiebre Maligna”, “Gripe Maligna Epidémica” o “Enfermedad del Sello” en Alberti —esta última denominación surgida a partir de la similitud de síntomas entre pacientes, comparable a las impresiones repetidas de un sello—, así como también “Leptospirosis Gripo-Tifosa” (Duva, 1956 en Ruggiero et al., 1982).

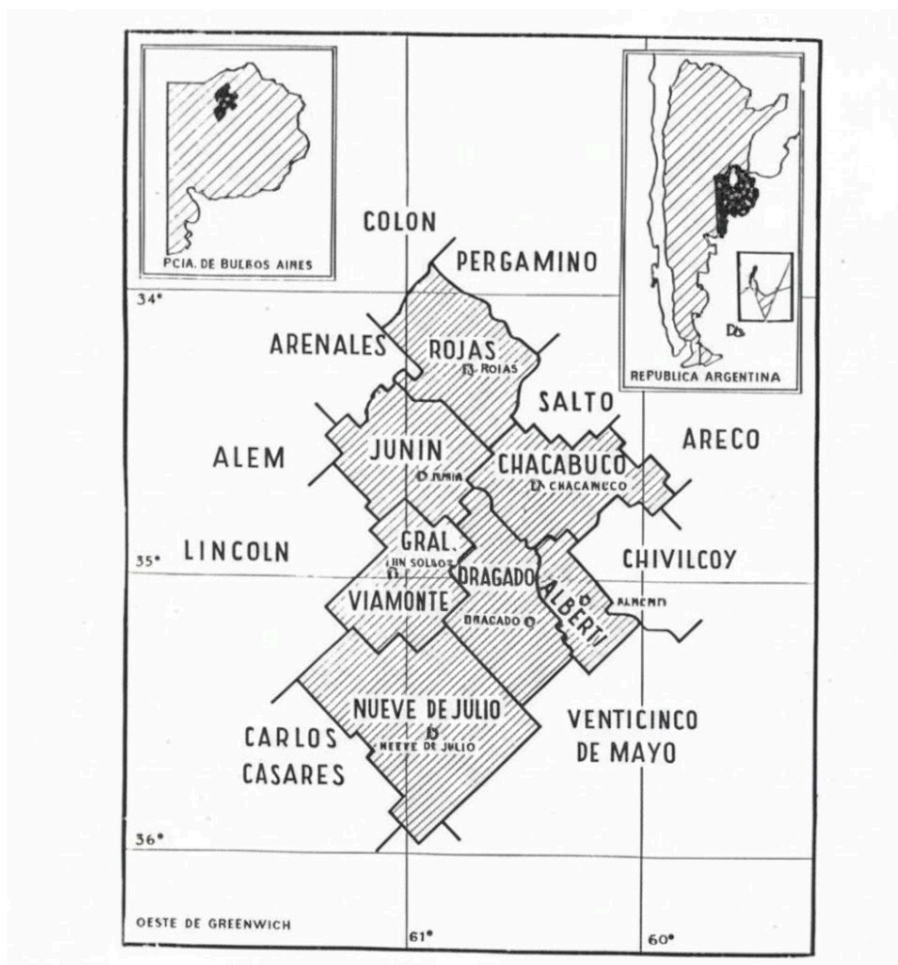
En 1959, la Comisión Nacional dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires propuso la denominación “Virosis Hemorrágica del Noroeste Bonaerense”, con el propósito de sintetizar en un solo término las principales características nosológicas de la enfermedad emergente (Agnese, 2010). La palabra “virosis” hacía alusión a su etiología viral; “hemorrágica”, a su presentación clínica predominante; y “noroeste bonaerense”, al área geográfica donde se había registrado inicialmente el brote (Pirosky et al., 1959).

Posteriormente, a medida que se avanzaba en el conocimiento de la enfermedad y tras el aislamiento del agente causal por parte del grupo de la UBA, surgieron nuevas denominaciones como “Fiebre Aguda Infecciosa Hemorrágica Epidémica”, “Fiebre Hemorrágica Epidémica de la Provincia de Buenos Aires” o “Fiebre Hemorrágica Epidémica del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires” (Agnese, 2010). Sin embargo, el nombre que finalmente se consolidó y se adoptó de manera oficial y ampliamente difundida en el ámbito científico fue “Fiebre Hemorrágica Argentina”. Esta denominación refleja sus principales características clínicas —la presencia de fiebre alta y manifestaciones hemorrágicas—, y el hecho de que se trata de una enfermedad endémica exclusivamente de Argentina (Agnese, 2010).

Aunque la FHA se manifestó por primera vez en 1943, presentando un cuadro clínico similar al de una gripe severa y una alta letalidad —con una mortalidad cercana al 50% en los primeros registros—, fue recién en 1955 cuando la enfermedad comenzó a ser reconocida oficialmente como una entidad clínica diferenciada (Ambrosio et al., 2006).

Figura 1

Mapa de los partidos del noroeste bonaerense donde se desarrolló el brote epidémico de 1958.



Nota. Tomado de Ignacio Pirotsky et al. 1959:149.

2.1.2 La FHA. La Enfermedad.

FHA es una enfermedad zoonótica endémica de una amplia región de la pampa húmeda argentina. Se caracteriza por presentarse en forma de brotes estacionales, con mayor incidencia en los meses de otoño e inicios del invierno, aunque pueden registrarse casos a lo largo de todo el año (Piacenza, 2017). La incidencia anual varía según las áreas

geográficas, con tasas que oscilan de entre 1 y 355 casos por cada 100.000 habitantes en varones adultos (Enria et al., 1998). Los niños representan aproximadamente el 10 % de los casos registrados (Maiztegui, 1975). Sin embargo, en la primera década de este siglo se observó un aumento proporcional de casos en mujeres (Briggiler et al., 2015; Sinchi, 2021).

Otra característica epidemiológica relevante es que, cuando la enfermedad emerge en una zona nueva, suele presentar una alta incidencia durante un período de 5 a 10 años, para luego disminuir o desaparecer, aunque puede reemerger en áreas donde había sido previamente registrada (Piacenza, 2017).

Desde el punto de vista clínico, la FHA se manifiesta como una enfermedad febril aguda que no afecta a las vías respiratorias superiores. Durante la primera semana, las manifestaciones hemorrágicas suelen ser escasas, pero en la segunda semana puede evolucionar hacia formas más graves, con síntomas hemorrágicos y/o neurológicos severos, shock y complicaciones bacterianas (Sabatini et al., 1977; Enria et al., 1998; Briggiler et al., 2015).

La enfermedad puede alcanzar una letalidad de entre el 16 % y el 30 % si no se instaaura tratamiento específico antes del octavo día desde el inicio de los síntomas (Maiztegui et al., 1979; Enria et al., 1994, 1998). El tratamiento consiste en la administración temprana de plasma inmune, obtenido de personas convalecientes, lo que ha permitido reducir la letalidad a menos del 1 % (Enria y Maiztegui, 1994).

La prevención de la FHA se basa en la inmunización mediante la vacuna Candid #1, desarrollada específicamente contra el virus Junín (JUNV), agente etiológico de la enfermedad.

La FHA constituye, además, un evento de notificación obligatoria según lo establece la Ley 15.465 de la provincia de Buenos Aires, sancionada en 1960 y en vigencia desde 1964. Esta normativa obliga a los profesionales de la salud —médicos, bioquímicos y veterinarios— a notificar todos los casos sospechosos que cumplan con la definición clínica establecida (Sinchi, 2021).

2.1.3 Agente Patógeno

La FHA es una enfermedad viral aguda causada por el JUNV (Figura 2). El JUNV pertenece a la familia *Arenaviridae*, género *Mammarenavirus*, y su genoma está constituido por ácido ribonucleico de sentido negativo, segmentado (ARN) (Conturra, 1988) (Figura 3).

El género *Mammarenavirus* comprende más de 35 especies reconocidas, de las cuales al menos ocho son patógenas para los seres humanos: Coriomeningitis Linfocitaria (LCMV), Junín (JUNV), Machupo (MACV), Chapare (CHAPV), Guanarito (GTOV), Sabiá (SABV), Lassa (LASV) y Lujo (LUJV) (Maes et al., 2018; ICTV, 2023).

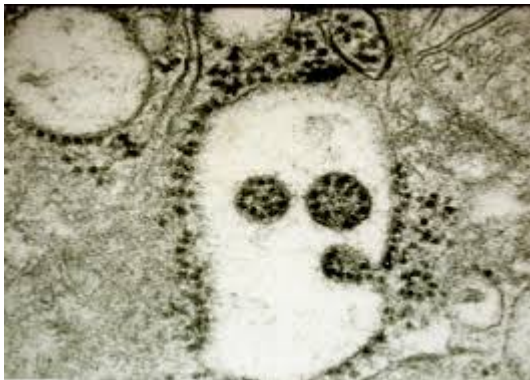
Estas enfermedades, conocidas como fiebres hemorrágicas virales por arenavirus, se distribuyen geográficamente en América del Sur y África. En Sudamérica, además del virus Junín causante de la FHA, se han identificado:

- Virus Machupo (MACV): agente etiológico de la Fiebre Hemorrágica Boliviana (FHB),
- Virus Chapare (CHAPV): detectado por primera vez en Bolivia en 2004, con nuevos brotes confirmados en 2019,
- Virus Guanarito (GTOV): responsable de la Fiebre Hemorrágica Venezolana (FHV),
- Virus Sabiá (SABV): aislado en Brasil y asociado a casos esporádicos.

En África, las principales especies patógenas son:

- Virus de Lassa (LASV): endémico en África occidental, con una alta carga de morbilidad y mortalidad,
- Virus Lujo (LUJV): identificado en un brote en Sudáfrica en 2008,
- Virus de la coriomeningitis linfocitaria (LCMV): de distribución mundial, aunque rara vez produce enfermedad severa en humanos inmunocompetentes.

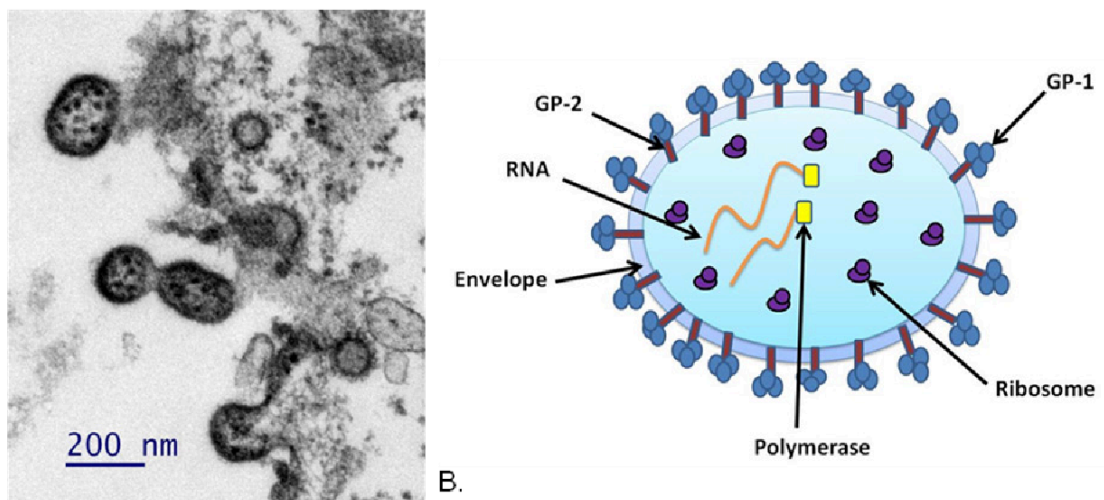
Todos los arenavirus comparten un origen evolutivo común y se considera que han coevolucionado con sus reservorios naturales, que son diversas especies de roedores. Cada virus se asocia a una especie específica de roedor, con la cual mantiene una infección persistente, sin producir enfermedad evidente en el animal huésped (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2023).

Figura 2*Virus Junín (JUNV)*

Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Figura 3

(a) Fotomicrografía de microscopía electrónica de transmisión de sección delgada del JUNV *Candid #1* brotando de la superficie de las células Vero E6. (b) Estructura de una partícula JUNV.



Nota. Tomado de Sumit Kumar, Dharna Yadav, Divya Singh, Kriti Shakya, B. Rathi, Poonam less Published 12 January 2023 Biology, Medicine Reviews in Medical Virology.

2.1.4 Reservorio del JUNV

Según Ashford R. (1997), el reservorio puede definirse como un “sistema ecológico en el cual el agente infeccioso sobrevive indefinidamente” (p.88). Este concepto fue

ampliado por el mismo autor en 2002, indicando que un reservorio comprende a la totalidad de los hospedadores —accidentales o no— epidemiológicamente conectados con el hospedador objetivo.

Por su parte, Haydon et al. (2002) proponen una definición más específica: el reservorio es el “conjunto mínimo de comunidades hospedadoras en las cuales el agente infeccioso puede persistir” (p.1469). Viana et al. (2014) profundizan aún más, describiéndolo como “estructuras ecológicas complejas que comprenden una o varias poblaciones o especies interactuantes, representables como una metapoblación” (p.275); es decir, una o más poblaciones interconectadas o ambientes en los que el patógeno puede mantenerse en el tiempo y desde donde se transmite a la población objetivo.

En el caso de la FHA, el JUNV se mantiene en la naturaleza principalmente a través de su reservorio y transmisor: el roedor silvestre *C. musculus* (Vanella et al., 1964; Sabbatini et al., 1977). Otras especies de roedores identificadas como transmisoras, aunque en menor medida, son *Calomys laucha* y *Akodon azarae* (Conturra, 1988).

Una particularidad del JUNV es su capacidad para infectar de manera aguda o persistente a estos roedores sin causarles enfermedad aparente. Estas infecciones suelen presentar un foco geográfico, es decir, se detectan en determinados sitios, mientras que pueden estar ausentes en zonas cercanas. La transmisión a los humanos ocurre, en su mayoría, por inhalación de aerosoles contaminados con excreciones (saliva, orina, materia fecal) de los roedores, o por contacto directo de estas con heridas o mucosas expuestas (Maiztegui et al., 1977; Mills et al., 1992). Aunque la transmisión del JUNV entre personas es extremadamente infrecuente, se han documentado casos de contagio en contextos de contacto íntimo, como entre miembros de una misma familia o parejas, en áreas endémicas de la FHA (García Gili, 2023).

C. musculus pertenece a un grupo reducido de especies de roedores que actúan como reservorio natural de arenavirus (Mills et al., 1992; Ellis et al., 1992). Este roedor presenta una predominancia ecológica al final del verano y durante el otoño, con una marcada disminución en invierno, asociada a factores ambientales como la reducción

estacional de la vegetación y la baja de temperatura (Kravetz, 1978; Villafañe, 1978; Kravetz et al., 1983; Busch et al., 1984, Mills et al., 1991).

Diversos estudios han establecido una sincronización entre los ciclos reproductivos de *C. musculinus* y los cultivos estivales, en particular con el maíz (*Zea mays*), lo que le ha valido su denominación popular de "ratón maicero" (Carballal et al., 1988; Bonaventura et al., 1988; Zuleta, 1989).

Se trata de un roedor pequeño, que mide entre 6 y 8 cm de largo (Figuras 4 y 5), y que construye sus nidos en ambientes rurales (cultivos, rastrojos, alambrados, banquinas) y suburbanos (baldíos, huertas, márgenes de vías férreas). Es capturado con mayor frecuencia en hábitats lineales, como los bordes de cultivos o caminos (Kravetz, 1978) (Figura 6).

La diseminación del virus en el ambiente se produce a través de sus excreciones, lo que convierte a los sitios donde habitan en focos de infección. La vía respiratoria constituye el principal mecanismo de transmisión al humano, aunque también puede ocurrir por contacto con piel lesionada o mucosas expuestas al material contaminado.

Figura 4

Foto de Calomys musculinus



Nota. Tomado de Giselle Mangini. Categorización 2019 de los mamíferos de Argentina según su riesgo de extinción. Lista Roja de mamíferos de Argentina. Versión digital: <http://cma.sarem.org.ar>.

Figura 5

Foto de Calomys musculinus



Nota. Tomado de Pablo Teta. Categorización 2019 de los mamíferos de Argentina según su riesgo de extinción. Lista Roja de mamíferos de Argentina. Versión digital: <http://cma.sarem.org.ar>.

Figura 6

Mapa de distribución geográfica de Calomys musculinus



Nota. Tomado de Categorización 2019 de los mamíferos de Argentina según su riesgo de extinción. Lista Roja de mamíferos de Argentina. Versión digital: <http://cma.sarem.org.ar>.

Con relación al reservorio del JUNV, el INEVH, en su carácter de institución coordinadora del PNCFHA, lleva adelante actividades de vigilancia eco-epidemiológica. Esta vigilancia consiste en el monitoreo sistemático de comunidades de roedores con el objetivo de detectar la circulación del JUNV en las poblaciones del reservorio natural. El análisis de estos datos permite estimar el riesgo potencial de emergencia en nuevas zonas o de reemergencia en áreas históricamente afectadas, y facilita la planificación de medidas de prevención basadas en la evaluación del riesgo. (Ministerio de Salud de la Nación, 2022)

2.1.5 Ubicación. Endemia

La FHA es una enfermedad que se encuentra exclusivamente en Argentina, afectando principalmente a la población rural de una región de la Pampa húmeda, una zona de actividad cerealera intensiva donde se localiza el área endémica (Gárgano y Piazz, 2016).

Con mayor precisión, esta zona endémica comprende una gran parte de la Pampa húmeda argentina, abarcando las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y La Pampa (Piacenza, 2017).

Hasta 1962, la FHA se consideraba endémica exclusivamente en la provincia de Buenos Aires, dentro de un área de aproximadamente 20.000 km² y con una población en riesgo estimada en 250.000 personas. Al año siguiente, se reportaron los primeros casos en el sudeste de la provincia de Córdoba (Mettler, 1969), y a partir de 1964, el área endémica en Buenos Aires se expandió, afectando también al partido de Pergamino (Maiztegui, 1975). En los años siguientes, la enfermedad comenzó a registrarse en las provincias de Santa Fe y La Pampa.

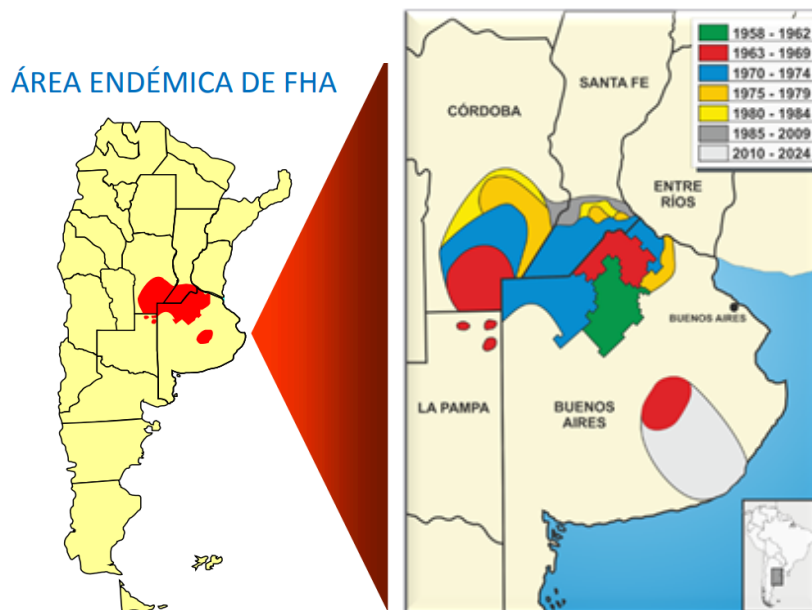
Actualmente, el área endémica abarca el noroeste de la provincia de Buenos Aires, el sur de Santa Fe, el sudeste de Córdoba y el noreste de La Pampa (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Dentro de la provincia de Buenos Aires, el área endemo-epidémica incluye en su totalidad a las regiones sanitarias III y IV (RS III y RS IV); en la región sanitaria II (RS II), los partidos de Carlos Casares, Carlos Tejedor, General Villegas, 9 de Julio y Pehuajó; en la región sanitaria VIII (RS VIII), los partidos de Balcarce y General Pueyrredón; en la región sanitaria IX (RS IX), los partidos de Azul, Las Flores, Olavarría, Rauch y Tapalqué; y finalmente, en la región sanitaria X (RS X), los partidos de Alberti, Bragado y 25 de Mayo (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Esta progresión en espacio y tiempo la podemos observar en el mapa (Figura 7).

Figura 7

Mapa Área endémica de la FHA.



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Los principales afectados suelen vivir o trabajar en el campo, ya que la zona endémica concentra buena parte de la actividad agrícola del país. (Gárgano y Piaz, 2016).

Como ya fue mencionado, además de geográfica:

La distribución de la enfermedad es estacional, coincidiendo los brotes con las labores agrícolas estacionales, especialmente del cultivo de maíz, y la afluencia de trabajadores agrícolas transitorios, para satisfacer la gran demanda de trabajo, a comienzo y finales de verano, los picos en otoño, y el fin del ciclo a principio del invierno. (Soto y Mattar, 2010, p.303)

Un estudio colaborativo realizado por Enria et al. y Mastrangelo et al., entre 2011 y 2012 respectivamente, identificó tres escenarios principales para la transmisión de la FHA. El primero es el escenario clásico, que se sitúa en la zona núcleo agroindustrial del país; allí, las personas viven y se contagian en el mismo territorio donde el virus está siempre presente. El segundo es el escenario emergente o reemergente, que aparece en zonas que cambiaron su forma de producir y ahora se asemejan al área clásica; esto incluye lugares

nuevos donde antes no había transmisión pero ahora aparecen casos locales, o zonas históricas que vuelven a registrar enfermos tras más de diez años sin actividad. Finalmente, el escenario viajero involucra a personas que no residen en áreas de riesgo pero se contagian al transitarlas. Este último grupo ha ganado importancia recientemente y está compuesto principalmente por turistas y trabajadores migrantes que se trasladan por temporadas a la zona núcleo para realizar tareas rurales, como el despanojado de maíz, lo que representa un factor de riesgo elevado debido a sus desplazamientos anuales. Hallazgos serológicos preliminares a campañas de vacunación preventivas a los trabajadores de este último grupo revelaron anticuerpos neutralizantes en un pequeño porcentaje, planteando la hipótesis de infecciones subclínicas no reconocidas y el claro riesgo en este grupo de personas (Briggiler, Sinchi, & Coronel, 2015).

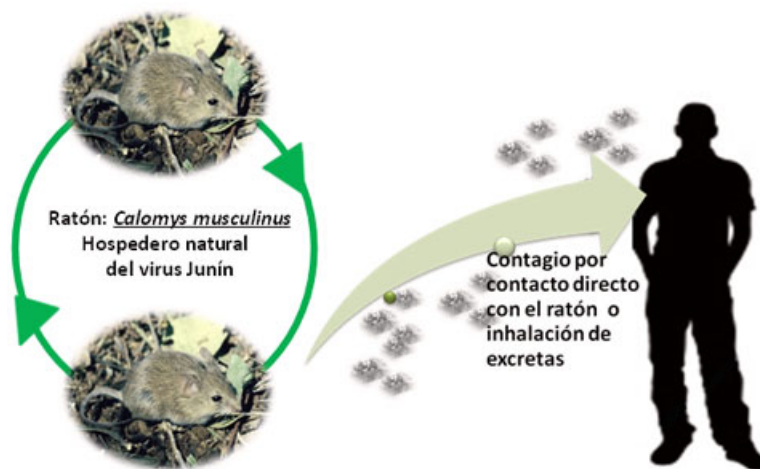
2.1.6 Patogenia

La vía de entrada del JUNV al ser humano es cutáneo-mucosa, ya sea a través de escoriaciones en la piel o mediante las mucosas conjuntival, bucal y nasal (Figura 8). Estas vías de ingreso fueron confirmadas tanto en infecciones accidentales ocurridas en laboratorios (Weissenbacher et al., 1976; Weissenbacher et al., 1978) como en infecciones experimentales inducidas en modelos animales (Samoilovich et al., 1983).

La FHA no siempre se presenta con una manifestación clínica evidente. Se han documentado casos con serología positiva en ausencia de síntomas, correspondientes a infecciones inaparentes (Weissenbacher et al., 1980). Entre los factores que pueden influir en que una infección se manifieste de manera clínica o permanezca asintomática se encuentran: el estado inmunológico del huésped, la vía de ingreso del virus, la carga viral y la virulencia de la cepa involucrada (Candurra, 1988).

Figura 8

Circulación de VJ.



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

2.1.7 Sintomatología

La FHA se inscribe dentro del sistema de vigilancia integrada del "Síndrome Febril Agudo Inespecífico" (SFAI). Este síndrome incluye diversas patologías que comparten una sintomatología común, una fisiopatología similar, pero etiologías diversas. Se considera caso sospechoso de SFAI a "toda persona, de cualquier edad y sexo, que presente fiebre de menos de 7 días de evolución, acompañada de mialgias o cefaleas, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida" (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022. p.5).

El período de incubación del JUNV es, en general, de 6 a 14 días, con un rango que oscila entre 4 y 21 días (Enria, 2004). El cuadro clínico de la FHA se manifiesta inicialmente como un síndrome febril, con compromiso hematológico, cardiovascular, digestivo, renal y neurológico. La severidad es variable: la mayoría de los pacientes evolucionan favorablemente, aunque en algunos casos la enfermedad puede derivar en un desenlace fatal (Candurra, 1988).

Clínicamente, la evolución puede dividirse en varias etapas:

Primera etapa (fase prodrómica): En los primeros días, el paciente puede presentar decaimiento, cefalea, fiebre alta, mialgias, lumbalgias, artralgias, dolor retroocular y epigastralgia. También son frecuentes los mareos, náuseas y vómitos. Si hay sangrados, estos se manifiestan con epistaxis leve y gingivorragia. Se presenta un síndrome similar al gripal, aunque sin tos productiva ni congestión nasal (Elsner et al., 1973).

Segunda etapa (fase de estado): Durante la primera semana de evolución, pueden observarse: exantema eritematoso en cara, cuello y parte superior del tronco; petequias en axilas y en la parte proximal de los brazos; inyección conjuntival y edema periorbitario. Estos signos, junto a una expresión somnolienta y una mirada brillante, configuran la denominada "facies matinal del ebrio" (Ruggiero et al., 1982). Es frecuente la presencia de encías hemorrágicas al presionarlas, ribete gingival, gingivorragias y epistaxis espontánea. En mujeres, puede haber metrorragia leve a moderada. La lengua se presenta seca, saburral, con halitosis característica de la FHA. También puede observarse irritabilidad y somnolencia (Sabattini y Maiztegui, 1970; Maiztegui, 1975).

Tercera etapa (fase crítica): A partir de la segunda semana, el 70-80% de los pacientes comienza a mejorar. Sin embargo, en el 20% restante, la enfermedad progresa hacia formas graves, con hemorragias intensas (epistaxis, hematemesis, melena, hemoptisis, equimosis, hematuria, sangrado pulmonar), shock y complicaciones bacterianas (infecciones urinarias y pulmonares) (Sabattini y Maiztegui, 1970; Maiztegui, 1975). Puede haber compromiso neurológico con confusión, temblores, estupor, convulsiones e incluso coma. Las formas graves presentan una mortalidad que puede alcanzar el 90% (Enria, 2004).

Cuarta etapa (fase de convalecencia): En ausencia de desenlace fatal, la recuperación es lenta. Durante la tercera semana, los pacientes presentan astenia, caída del cabello, hipoacusia y alteraciones de la memoria. Hasta el 10% de quienes reciben tratamiento con plasma inmune pueden desarrollar un síndrome neurológico tardío (SNT), que aparece luego de un período asintomático y se distingue del compromiso neurológico

agudo por síntomas febriles y signos de afectación del tronco cerebeloso (Maiztegui, Fernández y De Damilano, 1979; Enria et al., 1985).

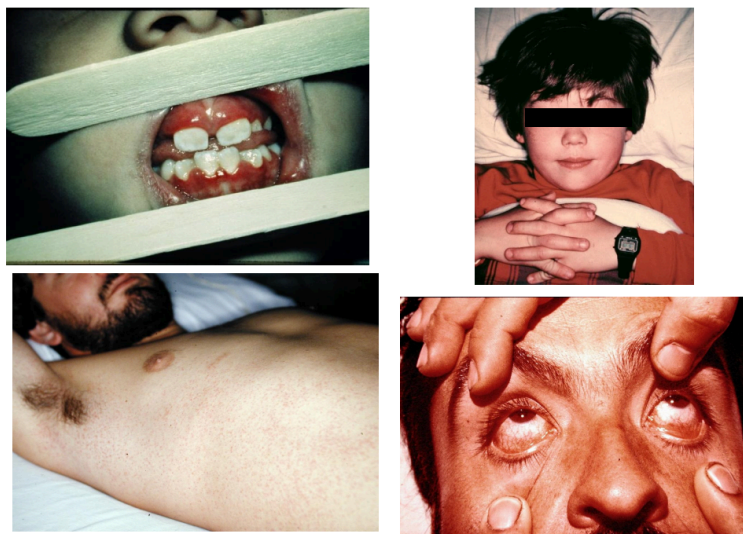
Laboratorio: Durante la fase aguda, los análisis de laboratorio muestran leucopenia (1.000–2.000 leucocitos/mm³), plaquetopenia (50.000–100.000/mm³), proteinuria, hematuria y presencia de cilindros hialinos. La velocidad de eritrosedimentación (VES) suele estar normal o disminuida.

El diagnóstico definitivo se realiza por técnicas moleculares como RT PCR en tiempo real para detección del ARN del virus Junín en fase aguda, técnicas serológicas estudiando la muestra de suero del período agudo y una segunda muestra de 45-60 días desde el inicio de los síntomas para determinar seroconversión por ELISA IgG y/o PRNT y aislamiento viral en cultivos celulares en la muestra del agudo (sólo en el caso de pacientes fallecidos) (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

Diagnóstico diferencial: Debe realizarse con otras enfermedades que presentan cuadros febriles similares, tales como fiebre tifoidea, hepatitis, mononucleosis infecciosa, leptospirosis e infección por hantavirus entre otras (Melcon y Gracias, 2024)

Figura 9

Sintomatología FHA.



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

2.1.8 Tratamiento. Terapéutica General

El tratamiento específico de la FHA se realiza con plasma inmune proveniente de personas que se han recuperado de la enfermedad. Este tratamiento debe administrarse dentro de los primeros 8 días desde el inicio de los síntomas, ya que luego de ese período el suero pierde eficacia. Aplicado en tiempo y forma, el uso del plasma reduce la letalidad de la enfermedad del 30% a menos del 1% (Maiztegui et al., 1979; Harrison et al., 1999).

La dosis recomendada es de 3.500 Unidades Terapéuticas por kilogramo de peso corporal, administradas por vía endovenosa. Además, el paciente debe ser adecuadamente hidratado debido a la intensa sudoración y pérdida de volumen sanguíneo, y debe recibir tratamiento sintomático según corresponda, incluyendo el control de las alteraciones neurológicas y la reposición de volemia.

La utilización de plasma inmune se remonta a las primeras epidemias de FHA (Martínez Pintos, 1960), pero fue en 1979 cuando se demostró su verdadera eficacia a través de un estudio controlado (Maiztegui et al., 1979). Posteriormente, otro estudio permitió establecer la dosificación óptima para reducir la morbimortalidad (Enria et al., 1984).

Una característica histórica de este tratamiento fue su administración empírica, guiada por datos clínicos y epidemiológicos, debido a la falta de métodos diagnósticos confirmatorios disponibles durante los primeros días de evolución de la enfermedad. Sin embargo, en la actualidad, el diagnóstico etiológico puede realizarse mediante técnicas moleculares como la RT-gPCR en tiempo real, que permiten confirmar la infección por el virus Junín en fases tempranas de la enfermedad, incluso antes del octavo día desde el inicio de los síntomas.

A pesar de ello, la evaluación clínica y epidemiológica continúa siendo fundamental para la sospecha inicial y la pronta indicación del tratamiento, ya que la precocidad en la administración del plasma inmune es crítica para reducir la letalidad. Un estudio realizado

en 1999, en un contexto previo a la disponibilidad de estas herramientas moleculares, combinó datos clínicos y epidemiológicos con hallazgos de laboratorio como leucopenia y plaquetopenia, logrando una sensibilidad del 100% para la detección temprana (Harrison et al., 1999). Esta estrategia, aunque actualmente complementada con métodos confirmatorios, sigue siendo valiosa para la toma de decisiones clínicas rápidas en zonas endémicas.

2.1.9 Vigilancia

La vigilancia de la FHA se justifica por la necesidad de identificar áreas de riesgo, como se mencionó anteriormente, reducir la letalidad mediante el uso del tratamiento específico y orientar las acciones de prevención, incluyendo la vacunación. A partir de julio de 2020, tanto la vigilancia de los casos de FHA como la gestión provincial de la vacuna Candid #1 fueron incorporadas al Programa de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles de la Provincia de Buenos Aires (ProCEI-PBA) (Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., 2020).

En pacientes residentes en el área endémica de FHA, o en personas que hayan visitado dicha región en las tres semanas previas al inicio de los síntomas, se considera caso sospechoso a todo paciente con SFAI que presente recuento de glóbulos blancos $\leq 4.000/\text{mm}^3$ y plaquetas $\leq 100.000/\text{mm}^3$ (Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As., 2020).

La vigilancia de FHA se inscribe dentro del sistema de vigilancia integrada del SFAI. A partir de allí, se activa un protocolo de manejo de casos sospechosos de FHA que incluye la indicación del tratamiento con plasma inmune de convaleciente, la toma de muestras para diagnóstico etiológico y la notificación obligatoria dentro de las 24 horas al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

El SNVS, que forma parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) (Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos, Ministerio de Salud de la Nación, 2007), permite la carga y comunicación en línea de los datos epidemiológicos, facilitando que los integrantes de esta red, así como las autoridades nacionales y provinciales,

accedan a la información en tiempo real para la evaluación continua de la evolución de la enfermedad en sus respectivas jurisdicciones.

El PNCFHA organiza anualmente una reunión con referentes nacionales, regionales, provinciales y locales involucrados en la vigilancia, prevención y control de la FHA. En esta instancia, se presenta el Informe Epidemiológico Anual Integrado, con el objetivo de acercar información actualizada sobre la enfermedad servía los centros de salud que operan en las comunidades endémicas. Asimismo, se revisan los avances de las distintas acciones realizadas durante el año y se planifican las metas para el siguiente período (Sinchi A, 2021).

2.1.10 Prevención

2.1.10.1 Acciones de Prevención y Control

El Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires implementa tres estrategias principales para la prevención y el control de la FHA. En primer lugar, promueve el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica por parte de los equipos de salud en las zonas endémicas —donde se encuentra el reservorio *C. musculus*—, con el objetivo de mejorar la detección, el seguimiento y la clasificación de los casos sospechosos, y así contar con información precisa para la toma de decisiones (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

En segundo lugar, impulsa la educación comunitaria sobre el modo de transmisión, la prevención y la importancia del tratamiento precoz. Se enfatiza que, dado el carácter silvestre del reservorio —a diferencia de otros roedores sinantrópicos—, no es viable su erradicación, por lo que las acciones deben orientarse a minimizar el riesgo de exposición. Se recomienda:

- Usar calzado cerrado, guantes y ropa que cubra la piel para trabajar en el campo o la huerta.
- Evitar recostarse sobre el pasto o llevar tallos a la boca.
- Ventilar y limpiar previamente galpones o habitaciones cerradas antes de ingresar.

- Desmalezar hasta 30 metros alrededor de viviendas, alambrados, aguadas y caminos de acceso.
- Conservar predadores naturales (lechuzas, lechuzones, chimangos).
- Almacenar granos, alimentos y residuos en recipientes cerrados y tapar accesos a roedores.
- Mantener limpias calles, veredas, vías de ferrocarril, baldíos y cursos de agua.

Estas medidas buscan reducir el contacto con roedores infectados y sus excretas, principal vía de transmisión del JUNV.

Por último, y no menos importante, se destaca la prevención mediante la vacuna Candid #1, que forma parte del Calendario Nacional de Vacunación. Esta vacuna es gratuita y obligatoria para todas las personas mayores de 15 años que residan o trabajen en la zona endémica de la provincia de Buenos Aires, independientemente de la actividad laboral que realicen, ya que no se excluye a los trabajadores rurales (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2022).

2.1.10.2 Vacuna Candid #1 contra la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA): desarrollo, producción y uso en salud pública

La prevención por excelencia de la FHA es el uso de la vacuna Candid #1 en zonas endémicas (Figura 10). La OMS define que: “una vacuna es cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos”.

Figura 10

Vacuna Candid #1.



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Desde que el JUNV fue identificado como agente etiológico de la FHA en 1958 y el roedor *C. musculus* como su reservorio natural, la enfermedad se consideró controlable mediante la vacunación de las poblaciones en riesgo, aunque no erradicable (Ambrosio et al., 2006). Los primeros estudios para desarrollar una vacuna comenzaron en 1959 y siguieron dos líneas principales: vacunas inactivadas y vacunas a virus vivos atenuados.

En 1976, el primer Seminario Internacional en Fiebres Hemorrágicas Virales realizado en Buenos Aires estableció como alta prioridad el desarrollo de una vacuna contra la FHA. En 1978, una misión de la OPS y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) recomendó que dicho desarrollo se llevara a cabo en el INEVH. Ese mismo año, se firmó el proyecto internacional “Desarrollo de una vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina”, entre el gobierno argentino, el PNUD, la OPS y el Instituto de Investigación Médica de Enfermedades Infecciosas del Ejército de los Estados Unidos (USAMRIID), con el objetivo de obtener una vacuna a virus vivo atenuado en tres años (Ambrosio et al., 2006).

Un importante antecedente fue la vacuna XJ Clon 3, utilizada en más de 600 voluntarios. A partir de esta experiencia, el Dr. Julio Barrera Oro y su equipo desarrollaron la vacuna Candid #1, una cepa atenuada de VJ. En 1983 se obtuvo la Semilla Maestra y la Semilla de Trabajo, cedidas a la Argentina y conservadas en el INEVH (Ambrosio et al., 2006).

Entre 1984 y 1986 se realizaron los estudios clínicos en fases I y II con lotes piloto producidos en el Instituto Salk (La Jolla, en el estado de California, EE. UU.), bajo contrato con el gobierno estadounidense. Estos ensayos, realizados tanto en EE. UU. como en Argentina, culminaron en 1990, demostrando que Candid #1 era una vacuna segura y con una eficacia del 95,5% para prevenir la FHA (Ambrosio et al., 2006).

Desde 1991, la vacuna ha demostrado ser segura y eficaz para la prevención de la FHA (Enria et al., 1999). En Argentina, su producción se lleva a cabo en el INEVH,

dependiente de la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS). Este compromiso fue asumido como parte del acuerdo internacional y requirió la construcción de una planta con nivel III de bioseguridad, incluyendo bioterio SPF (Libres de Patógenos Específicos, en su siglas en inglés), módulos para cultivos celulares certificados, control de calidad, producción de vacunas y un área de liofilización. En 2001, ANMAT habilitó la planta de producción mediante la Disposición N.º 3775/01 (Ambrosio et al., 2006).

Durante este período, se realizaron los ensayos clínicos con lotes piloto de Candid #1 producidos localmente, con el fin de demostrar la comparabilidad entre la vacuna elaborada en Argentina y la producida en EE. UU. (Ambrosio et al., 2006). El estudio clínico comparativo de inmunogenicidad y seguridad demostró que no existían diferencias significativas entre ambas formulaciones (Enria et al., 2004). En 2004, ANMAT aprobó el registro de la vacuna como nueva especialidad medicinal (Disposición N.º 4882 del 29 de agosto de 2006), y en 2006 se otorgó el registro sanitario definitivo.

En 2007, fue incorporada al Calendario Nacional de Inmunizaciones mediante la Resolución 48/2007 del Ministerio de Salud, quedando disponible para personas mayores de 15 años en las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa (Ministerio de Salud de la Nación, 2007). Desde entonces, las recomendaciones indican su aplicación no solo a trabajadores rurales, sino también a toda persona expuesta a zonas de riesgo, al menos un mes antes de realizar actividades potencialmente peligrosas (Ministerio de Salud de la Nación, 2012; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s.f.).

La vacuna Candid #1 se presenta como liofilizado en frascos multidosis (10 dosis), acompañados de una ampolla de 5,5 ml de agua estéril para su reconstitución. Debe conservarse entre -18°C y -22°C hasta la fecha de vencimiento (INEVH, 2025). Si se almacena en heladera (2°C a 8°C), debe utilizarse dentro de los 30 días. La vacuna reconstituida debe mantenerse refrigerada y utilizarse dentro de las 12 horas (Ministerio de Salud, 2012; INEVH, 2025). Actualmente la distribución de la vacuna se gestiona mediante

la Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles del Ministerio de Salud (L.M. Riera, comunicación personal, 30 de noviembre de 2025)

2.1.11 Programa Nacional de Control de la FHA (PNCFHA)

Al ser FHA una enfermedad endémica de importancia sanitaria en una amplia región del centro del país, motivó desde la década de 1960 la organización de estrategias nacionales orientadas a su estudio, prevención y control.

El antecedente institucional más temprano se remonta a 1964, cuando mediante el Decreto N° 4299/64 se creó la Comisión Nacional Coordinadora para el Estudio y la Lucha contra la Fiebre Hemorrágica Argentina. Esta comisión nucleó al Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, a los Ministerios de Salud de las provincias afectadas, a universidades nacionales y a diversos institutos de investigación, con el objetivo de coordinar y promover las actividades vinculadas con la investigación epidemiológica, los estudios fisiopatológicos, las estrategias terapéuticas y las acciones de prevención de la enfermedad en el territorio nacional (Sinchi, 2021).

En este mismo contexto, en 1965 se firmó un convenio entre el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, el Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires, la Universidad de Buenos Aires y el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA), que permitió la creación en la ciudad de Pergamino (Provincia de Buenos Aires) de un Centro de Estudios sobre Fiebre Hemorrágica Argentina. Este centro constituyó uno de los primeros espacios institucionales dedicados al estudio de la enfermedad, reuniendo investigadores y técnicos provenientes del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas (CEMIC) y del Instituto Nacional de Microbiología “Dr. Carlos G. Malbrán” (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

A partir de 1969, las actividades de investigación y asistencia comenzaron a desarrollarse en instalaciones del antiguo Hospital de Llanura de Pergamino, consolidándose progresivamente un polo científico orientado al estudio de las virosis

hemorrágicas. En este período se incorporó al equipo el Dr. Julio I. Maiztegui, quien se radicó en Pergamino y lideró el desarrollo de un programa integral de investigación, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad. Bajo su conducción se implementó un sistema organizado de atención de pacientes y utilización de plasma inmune como tratamiento específico, cuya eficacia fue posteriormente demostrada y constituyó un hito en el manejo clínico de la FHA (Sinchi, 2021).

Estos antecedentes institucionales y científicos sentaron las bases para el fortalecimiento de las capacidades nacionales destinadas al estudio y control de la enfermedad. En 1978, el Poder Ejecutivo Nacional dispuso la creación del Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágicas (INEVH) —actual Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”— con sede en Pergamino y dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. La misión del Instituto fue definida como la de desarrollar investigaciones y aplicar medidas terapéuticas y preventivas orientadas al control de la Fiebre Hemorrágica Argentina (Decreto 669/79) (Sinchi, 2021).

En este marco institucional se organizó posteriormente el Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina (PNCFHA), coordinado por el INEVH en articulación con el Ministerio de Salud de la Nación y con los Ministerios de Salud de las provincias afectadas. Inicialmente participaron las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y La Pampa, incorporándose Córdoba en 1982, con el objetivo de implementar estrategias coordinadas de vigilancia, diagnóstico, tratamiento y prevención de la enfermedad en el área endémica (Ambrosio et al., 2006).

Debido a que la FHA es una zoonosis cuyo reservorio natural es un roedor silvestre, las estrategias sanitarias se orientan a su control y no a su erradicación. En este sentido, el programa tiene como objetivos principales reducir la morbilidad y la letalidad de la enfermedad, así como diseñar, organizar, implementar y coordinar las

acciones destinadas a su prevención y control en las áreas afectadas (Gárgano & Piazz, 2017).

En la actualidad, el PNCFHA, bajo la coordinación del INEVH, desarrolla un conjunto de acciones integrales que incluyen la conducción de la vigilancia epidemiológica, el diagnóstico etiológico de la enfermedad, el asesoramiento al sistema de salud en el diagnóstico clínico, la coordinación de la Red de Bancos de Plasma Inmune para el tratamiento de la FHA, el desarrollo de estrategias de educación sanitaria dirigidas a la población y la formación de recursos humanos especializados. Asimismo, el Instituto conduce y participa en diversas líneas de investigación vinculadas a la enfermedad y constituye el laboratorio productor de la vacuna Candid #1, herramienta fundamental para la prevención de la FHA.

En el marco del programa, el INEVH articula con el Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades sanitarias jurisdiccionales de las provincias involucradas la implementación de las estrategias de prevención en el área endémica, siendo la vacunación de la población en riesgo con vacuna Candid #1 la principal herramienta de prevención primaria de la enfermedad (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Las acciones desarrolladas en el marco del PNCFHA se estructuran en torno a distintos componentes estratégicos, entre los que se destacan: la vigilancia epidemiológica de la enfermedad en el área endémica, el diagnóstico etiológico de los casos sospechosos mediante técnicas de laboratorio especializadas, el tratamiento específico mediante la administración de plasma inmune de convalecientes, la prevención primaria a través de la vacunación de la población en riesgo con vacuna Candid #1, la educación para la salud destinada a la población que circula o reside en el área endémica, la investigación científica orientada al conocimiento de la enfermedad y al desarrollo de nuevas herramientas diagnósticas, terapéuticas y preventivas y la formación y capacitación de recursos humanos en aspectos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio vinculados a la FHA (Sinchi, 2021).

2.1.12 Instituto Nacional De Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui" (Inevh-Maiztegui).

El INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui", dependiente de la ANLIS del Ministerio de Salud de la Nación, fue creado en 1978. Es el centro coordinador del PNCFHA y laboratorio productor de la vacuna Candid #1. Entre sus responsabilidades se encuentra propiciar, colaborar y facilitar las acciones de control y prevención de la FHA que llevan adelante los ministerios de salud provinciales (Briggiler et al., 2015).

Tal como se explicó en el apartado anterior, sus primeras acciones incluyeron la organización del PNCFHA, mediante convenios con las cuatro provincias afectadas (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa). A partir de esta articulación se conformó una red de diagnóstico, servicios, docencia, investigación y educación para la salud, caracterizada por una activa participación comunitaria. Gracias a esta red, desde 1965 se dispone de un registro de casos notificados con confirmación etiológica (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.).

Los años de investigación permitieron transferir los desarrollos científicos a la comunidad, logrando reducir la mortalidad de la FHA —que inicialmente superaba el 30%— a menos del 1% (Enria & Maiztegui, 1994).

En 1985, el INEVH fue designado Centro Colaborador de la OMS/OPS en Fiebres Hemorrágicas Virales y Arbovirosis. En 1992, mediante el Decreto N° 1687/92, adquirió el nombre de Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas (INEVH), ampliando su misión a otras enfermedades virales de impacto regional y nacional. En 1994, tras el fallecimiento de su fundador, fue designado oficialmente como "Dr. Julio I. Maiztegui" por Decreto N° 393/94.

En la actualidad, el INEVH prioriza sus acciones hacia las enfermedades virales emergentes, especialmente aquellas transmitidas por vectores y roedores, y las organiza en cuatro áreas programáticas:

- Fiebre Hemorrágica Argentina y otros Arenavirus,

- Hantavirus,
- Dengue, Fiebre Amarilla y otros arbovirus,
- Producción de inmunobiológicos de importancia estratégica.

Dentro de este último programa, se ejecuta el Proyecto de Producción Nacional de la vacuna Candid #1, la primera en el mundo contra un Arenavirus.

Además, el instituto está a cargo de la planificación, programación y ejecución de actividades de capacitación y docencia dirigidas al personal de salud en las temáticas de su incumbencia. Como centro colaborador de OPS/OMS, constituye un referente nacional e internacional en enfermedades virales y sus agentes etiológicos.

Desde 2008, también se destacan las jornadas anuales “El INEVH abre sus puertas a la comunidad”, en las que profesionales y técnicos explican y muestran su labor a los visitantes. Esta actividad convoca a más de medio millar de estudiantes secundarios de la región.

Figura 11

Foto vista ampliada del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

Figura 12

Foto vista reducida del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”



Nota. Tomado del Archivo del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.

2.1.13 Epidemiología de la FHA

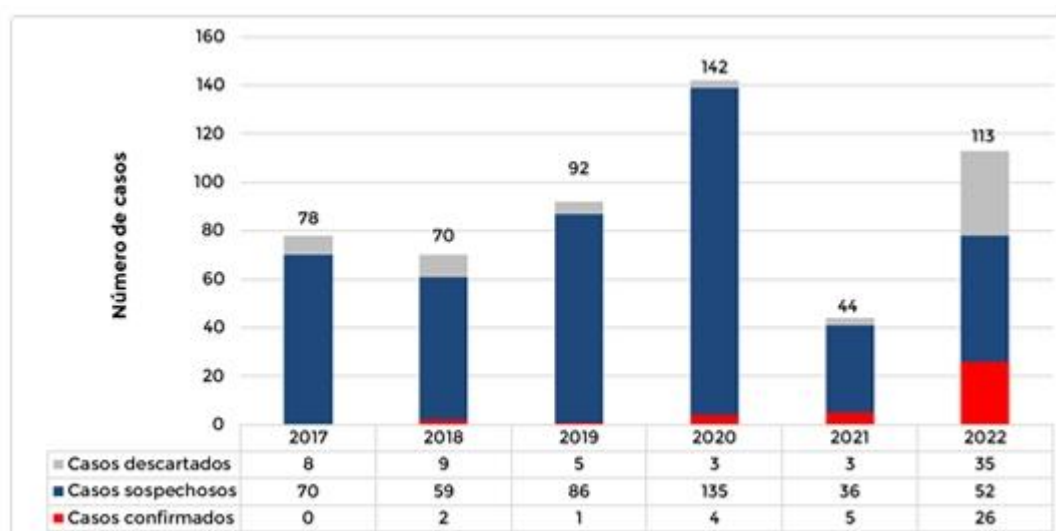
En el año 2021, Anabel Sinchi realizó un análisis de la situación epidemiológica de la FHA entre 2008 y 2020, basado en los informes finales de las reuniones anuales del PNCFHA. En dicho análisis concluyó que, entre 2007 y 2019, se notificaron 3396 casos sospechosos, de los cuales fueron confirmados por estudios de laboratorio 322 casos, lo que representa apenas el 9,5% del total informado por los efectores de salud. Estos casos confirmados correspondieron a las cuatro provincias del área endémica (Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa). Fuera de esta zona, solo se notificaron casos confirmados en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), todos con antecedentes de viaje al área endémica.

En cuanto a la distribución por sexo, Sinchi observó una distribución no homogénea: el 71,5% de los casos confirmados correspondió a varones y el 28,5% a mujeres. Respecto a la edad, se registraron casos en un rango de 2 a 88 años, con una mediana de 31 años. Los grupos etarios 20-24 y 30-34 años fueron los más afectados.

En la provincia de Buenos Aires, entre la semana epidemiológica (SE) 1/2017 y la SE 38/2022, se notificaron 538 sospechas de FHA, de las cuales 38 fueron confirmadas (7%). El 26% de las notificaciones se concentró en el año 2020, superando las cifras del año siguiente. Cabe destacar que durante 2020 también se registró una epidemia de dengue que afectó, entre otras, al área endémica de FHA. Este contexto pudo haber influido en el elevado número de sospechas notificadas, que ascendió a 142 casos en ese año (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020).

Figura 13

Gráfico de casos notificados de FHA con residencia en la provincia de Buenos Aires según clasificación epidemiológica. Comparación período 2017/2021 y hasta la SE 38 de 2022. Provincia de Buenos Aires. N=539.



Nota. Tomado de SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológicas y Control de brotes. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

De acuerdo con lo detallado en el gráfico de la figura 13, el número de casos confirmados en la provincia de Buenos Aires osciló entre los 2 y 4 casos anuales en los últimos 5 años. Según la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes (DVECB), la proporción de casos sin clasificación final registrada (registro incompleto, casos en los que no pudo obtenerse segunda muestra) fue elevada, con un promedio de 83%. La tendencia de casos clasificados como “no conclusivos” fue creciente anualmente, salvo en

el año 2021, siendo un aspecto a mejorar en la vigilancia epidemiológica del evento.

(Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

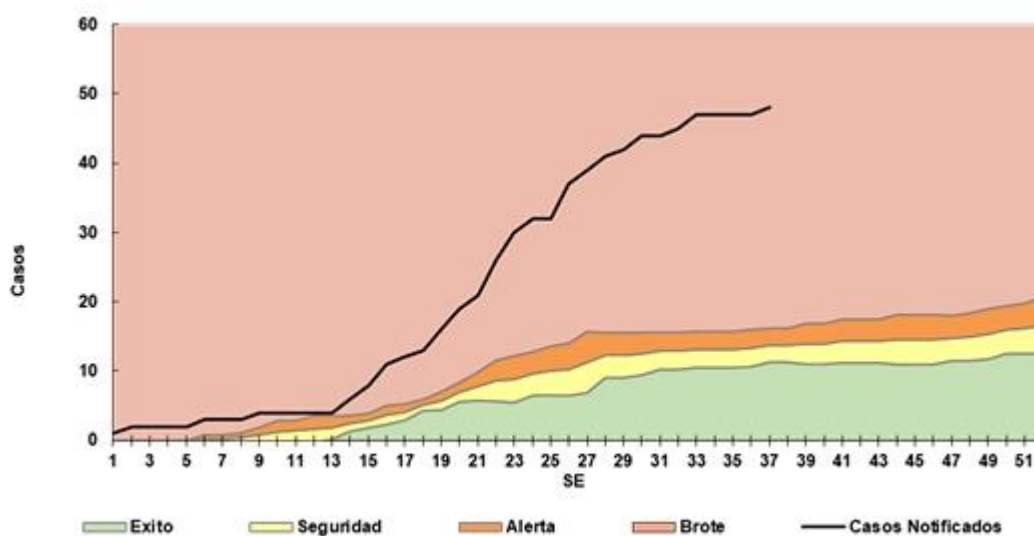
2.1.14 Situación Epidemiológica Actual de la FHA.

2.1.14.1 Situación Epidemiológica Actual de FHA en el País.

En el año 2023, el Boletín Epidemiológico Nacional informó que, hasta la SE 37 del año 2022, se notificaron 284 casos sospechosos de Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA), de los cuales 48 fueron confirmados por laboratorio y 7 fallecieron. La situación se encuadra dentro de los años no epidémicos, como se observa en el corredor endémico acumulado (Figura 14). Un número similar de casos confirmados se había registrado en el mismo período de 2020, año considerado epidémico para el dengue, que también afectó al área endémica de FHA. Esta coincidencia pudo haber influido en el aumento de notificaciones, ya que el dengue puede presentar un cuadro clínico similar a la FHA durante la primera semana de evolución. En 2020, el número de casos sospechosos notificados alcanzó los 415 para el mismo período (Boletín Epidemiológico Nacional, SE 37, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

Figura 14

Gráfico. Corredor epidémico de FHA. Argentina. Años 2016-2022*

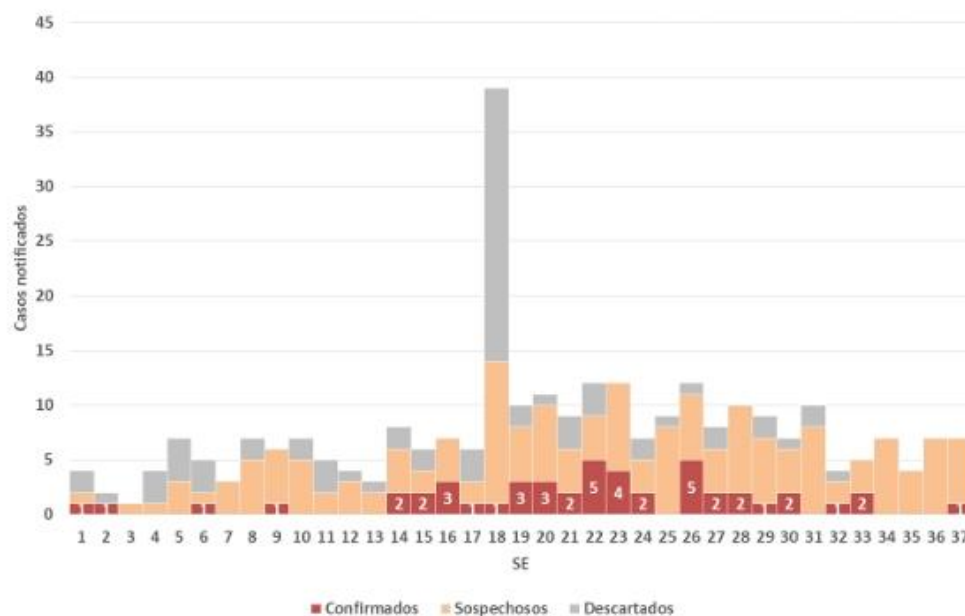


Nota. Tomado de Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del INEVH*Se excluye el año 2020 por ser considerado epidémico.

Para el año en curso, se observa un pico de casos notificados en la SE 18 (Figura 15), que se corresponde con acciones de búsqueda activa de casos sospechosos llevadas a cabo tras la detección de un caso confirmado en una persona privada de la libertad. Cabe destacar que el aumento en las notificaciones corresponde principalmente a casos que fueron descartados y no se correspondió con un aumento de casos confirmados para esa semana. Sin embargo, puede observarse que los casos confirmados se registran de forma esporádica desde la SE1 y desde la SE14 se registran durante todas las semanas /entre 1 y 5 casos) a excepción de la 25 hasta la actualidad. (Boletín epidemiológico nacional SE 30. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación, 2022)

Figura 15

Casos notificados según clasificación de caso. Argentina. SE 01 a SE 37, Año 2022.



Nota. Tomado de Elaboración propia en base a datos extraídos del SNVS 2.0.

Según este informe, los casos confirmados del 2022 corresponden al área endémica de la enfermedad, la mayoría de los casos se concentran en un corredor que une a las ciudades de Rosario en la provincia de Santa Fe y de San Nicolás de los Arroyos en la

provincia de Buenos Aires, a lo largo de la Ruta Nacional N°9. Solo dos casos pertenecen fuera del área endémica, en CABA y en el Partido de General San Martín (provincia de Buenos Aires) sin poder establecer hasta la escritura de esta tesis el nexo con el área endémica.

Figura 16

Tabla. Casos confirmados según provincia y departamento de residencia. Argentina. SE 1 a SE 37. Año 2022.

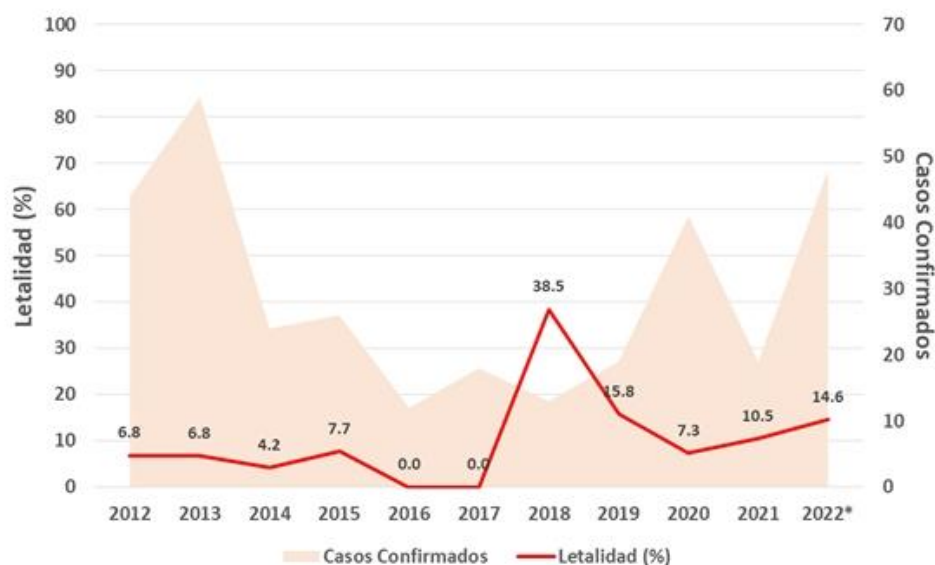
Provincia de residencia	Departamento de residencia	Casos confirmados
Buenos Aires	General San Martín	1
	Olavarría	2
	Pergamino	2
	Ramallo	1
	San Nicolás	19
CABA	CABA	1
Córdoba	Unión	3
	Tercero Arriba	1
Santa Fe	Caseros	1
	Constitución	4
	Iriondo	1
	Rosario	10
	San Martín	2
Total		48

Nota. Tomado de Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0

En relación a las personas fallecidas, se registraron seis casos hasta la SE 30, letalidad del 14,3% para el 2022, valor superior a la letalidad registrada en años previos, a excepción de los años 2018 y 2019 (Figura 17).

Figura 17

Gráfico. Casos confirmados de FHA y letalidad por año. Argentina. Años 2012-2022*



Nota. Tomado de Elaboración de la Dirección de Epidemiología en base a datos extraídos del SNVS 2.0 y del INEVH.

Con respecto a la información sobre la vigilancia eco-epidemiológica del roedor reservorio de la FHA (*C. musculinus*) que realiza el INEVH, el mismo informó que durante los muestreos realizados en 2022 aumentó significativamente el número de animales capturados en los mismos (mayor número de individuos capturados a igual esfuerzo de muestreo) y la abundancia de la especie reservorio en las comunidades de roedores. (Ministerio de Salud de la Nación 2022).

2.1.14.2 Situación Epidemiológica Actual de FHA en la Provincia de Buenos Aires

Según el Boletín Epidemiológico del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires del año 2022, entre SE 1 y 38 se notificaron 113 casos sospechosos de FHA en la provincia, de los cuales 26 casos fueron confirmados (23%), 35 descartados y 52 casos permanecen como casos sospechosos con resultados no conclusivos, a la espera de segundas muestras para completar estudios serológicos.

La provincia de Buenos Aires registra una incidencia de casos mayor de lo esperado durante los últimos 10 años. Los partidos de San Nicolás, Pergamino, Ramallo y Olavarría

en donde se han confirmados los casos de FHA, siendo el partido de San Nicolás, el de más número de casos confirmados (n=20) hasta la SE 37. (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

En relación al tratamiento, únicamente 7 pacientes confirmados no recibieron transfusión con plasma inmune de convaleciente y ninguno de los 26 casos tenía antecedentes de vacunación con Candid #1. Uno de los casos confirmados en SE 26 tiene 14 años de edad. Los 26 casos confirmados requirieron internación. Dos fallecieron (SE15 y SE24). Uno de ellos, una mujer de 42 años, que tenía como antecedente epidemiológico, haber participado de un evento social en una zona rural del partido de Ramallo. El segundo caso, corresponde a un varón de 50 años, con residencia en el municipio de General San Martín sin haberse podido establecer hasta la fecha de escritura de esta tesis algún nexo con el área endémica. (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

Según este mismo Boletín Epidemiológico, para el mismo período de 2021 se habían notificado 27 casos sospechosos de FHA, de los cuales fueron confirmados 2 casos, en los municipios de San Nicolás y Pergamino. (Figura 18)

Figura 18

Tabla. Distribución de casos notificados y confirmados de FHA según región sanitaria.

Provincia de Buenos Aires. SE 1 a 38. Año 2021-2022.

RS	2021				2022				Diferencia de casos
	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total	Confirmado	Sospechoso	Descartado	Total	
RS I						1		1	1
RS II		3	1			1		1	1
RS III							1	1	1
RS IV	2	8			23	37	31	91	91
RS V		1			1	2		3	3
RS VI								0	0
RS VII								0	0
RS VIII		1				6		6	6
RS IX		7	2		2	2	2	6	6
RS X		2				3	1	4	4
RS XI								0	0
RS XII								0	0
sin dato								0	0
Total	2	22	3	27	26	52	35	113	86

Nota. Tomado de SNVS 2.0. Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires.

2.1.14.3 Acciones Realizadas por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes del Ministerio de Salud de Provincia de Buenos Aires (DVECB) Durante el Año 2022.

La DVECB, a través del Departamento de Zoonosis y Control de Vectores del municipio de San Nicolás, realizó inspecciones en los domicilios y peridomicilios de todos los casos confirmados, brindando información sobre medidas preventivas para el control de roedores.

En un trabajo conjunto con RS IV, Zoonosis Rurales, Departamento de Control de Plagas y Vectores, Vigilancia de la Dirección de Brotes, el Programa de Salud en Contexto de Encierro y el INEVH, se inspeccionaron barrios donde residían los casos confirmados, identificando zonas de alto riesgo, especialmente aquellas colindantes con terrenos agrícolas. El 3 de mayo de 2022, estos organismos visitaron la Unidad Penal 03 de San Nicolás, donde se realizaron acciones de control de foco y se planificó una campaña de vacunación con Candid #1 destinada a internos, personal penitenciario y a toda la población del municipio (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

Durante marzo de 2022, se llevó adelante una campaña de vacunación contra FHA en los centros de salud de Villa Campi, Villa Canto, Villa Riccio, La Emilia y Conesa, coordinada por la Secretaría de Salud Pública del municipio de San Nicolás junto al Área de Inmunizaciones, en la que se aplicaron 668 dosis. En la UP 03, se aplicaron 605 vacunas a personas privadas de la libertad y 88 al personal de seguridad (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

Por su parte, entre el 9 y el 11 de agosto de 2022 se llevó adelante una actividad de vigilancia eco-epidemiológica del roedor reservorio de FHA en La Emilia mediante capturas sistémicas. La misma fue coordinada por los Departamentos de Zoonosis Rurales, Urbanas y Epidemiología de la DVECB, con apoyo del Departamento de Zoonosis y Control de Vectores del municipio. En paralelo, se implementan distintas estrategias para la captación

de donantes de plasma convaleciente de FHA, en coordinación entre el Departamento de Zoonosis Rurales, el Instituto de Hemoterapia de la provincia y el INEVH (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

En el partido de Pergamino, al momento de la redacción de esta tesis, la Dirección de Epidemiología, junto con la Dirección de Saneamiento Ambiental del municipio, realizó acciones de control de foco en los domicilios de los casos confirmados (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2022).

Parte II

2.2 Educación

Hablar de educación parece sencillo porque está presente desde nuestras primeras experiencias de vida, pero pocas temáticas resultan tan complejas de abordar. Aunque la escuela ocupa un lugar fundamental en nuestra historia y subjetividad, limitar la noción de educación a la escolarización, la enseñanza o la acción docente resulta insuficiente.

El término “educación” proviene del latín *educatio, onis*, del verbo *educare*, formado por el prefijo *ex-* (fuera) y el verbo *ducere* (guiar, conducir). Esta etimología se refiere a la acción de “guiar hacia fuera” o “hacer salir” algo del sujeto (Corominas, 1987). Sin embargo, educar no se reduce a conducir; también implica formar, alimentar, criar y acompañar. Por eso, la educación está atravesada por dimensiones filosóficas, políticas, pedagógicas y didácticas (Santoro, 2016).

Desde la filosofía, se entiende que educar conlleva una responsabilidad ética, porque implica determinadas concepciones sobre el ser humano (antropología), sobre lo que se considera valioso (axiología), sobre el conocimiento (gnoseología) y sobre el obrar (ética). Así, pensar en la educación implica pensar en el sujeto educable y en las condiciones necesarias para garantizar esa educabilidad. Es decir, reconocer el derecho a la educación y reflexionar sobre nuestras propias prácticas pedagógicas (Santoro, 2016).

En su dimensión política, la educación se vincula tanto con la posibilidad de transformación de la realidad como con la implementación de políticas públicas que la regulan. La Constitución Nacional Argentina reconoce el derecho a la educación en el

artículo 14, y este derecho se encuentra reglamentado por la Ley Nacional de Educación N.º 26.206 (2006) y por la Ley de Educación de la Provincia de Buenos Aires N.º 13.688 (2007).

La pedagogía, entendida como ciencia social e interdisciplinaria, estudia la educación como fenómeno social y cultural. Su objeto es analizar las prácticas educativas, sus fines, sus actores y los contextos en que se desarrollan. Su finalidad no es sólo interpretar, sino también mejorar la práctica educativa a lo largo de la vida.

La didáctica, como rama de la pedagogía, se ocupa de la enseñanza. Litwin (1999) la define como la disciplina que transforma los saberes en contenidos enseñables, considerando la situación y el contexto en que se enseña. Se centra en el vínculo entre docente y alumno, y en las múltiples variables que lo atraviesan: emocionales, éticas, contextuales, institucionales e instrumentales (Santoro, 2016).

Desde esta perspectiva, la educación no es sólo transmisión de conocimientos, sino un proceso integral que involucra dimensiones cognitivas, afectivas, sociales y culturales. La Ley de Educación de la Provincia de Buenos Aires establece que el sistema educativo debe garantizar el acceso a una educación inclusiva, integral, permanente y de calidad para todos los habitantes de la provincia, asegurando gratuidad, igualdad y justicia social (Ley 13.688, art. 5).

En cuanto a la educación secundaria, la Ley Provincial establece su carácter obligatorio y una duración de seis años. Este nivel debe reconocer a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derecho, considerando sus prácticas culturales, saberes y experiencias en la construcción de propuestas pedagógicas que favorezcan su identidad, la construcción de ciudadanía y la preparación para la vida adulta (Ley 13.688, art. 28, inc. b).

El Marco General para la Educación Secundaria en la Provincia de Buenos Aires plantea que la escuela es un espacio clave para que los jóvenes construyan su identidad y ciudadanía, accedan al acervo cultural y elaboren proyectos personales de vida (DGCyE, 2006). Los fines principales del nivel secundario son: formar ciudadanos comprometidos con

la democracia, preparar para el mundo del trabajo y brindar herramientas para continuar estudios superiores.

2.2.1 La Escuela Como Institución

Tradicionalmente, se ha definido a la institución como un conjunto de normas, estructuras y rutinas organizadas, una visión que se limita a lo instituido: lo formal, lo prescripto, lo visible (Palacios, 1984). Sin embargo, para comprender cabalmente el funcionamiento de una institución educativa es necesario considerar también lo instituyente: las prácticas cotidianas, las relaciones informales, los modos de interacción entre los actores que, muchas veces, no figuran en los reglamentos, pero constituyen la trama real de la vida escolar.

Las instituciones están conformadas por sujetos concretos —directivos, docentes, estudiantes, familias, personal auxiliar, etc, cuyas interacciones y decisiones cotidianas configuran un estilo institucional propio. Esta construcción no es neutral: está atravesada por factores históricos, sociales, económicos, culturales, afectivos y simbólicos (Palacios, 1984).

Definir una institución educativa implica, entonces, considerar tanto su dimensión normativa como su dimensión subjetiva y relacional. Supone reconocer el lugar que ocupan los saberes previos de los actores, sus trayectorias, las expectativas, tensiones y acuerdos que dan forma a la cultura institucional (Tejeda Fernández, 2000; Alonso, 2004).

La Ley de Educación Nacional N.º 26.206 (art. 122) define a la institución educativa como la unidad pedagógica y organizativa del sistema educativo responsable de garantizar los procesos de enseñanza y aprendizaje. Además, promueve la participación de todos los miembros de la comunidad en la elaboración y puesta en marcha de su proyecto institucional, fomentando el sentido de pertenencia y la autonomía pedagógica.

2.2.2 El Proyecto Educativo Institucional (PEI)

El Proyecto Educativo Institucional (PEI), hoy llamado simplemente Proyecto Institucional (PI) es una herramienta fundamental para orientar el trabajo pedagógico y organizativo de las escuelas. Se trata de un instrumento de planificación y gestión

construido de manera participativa, que expresa los acuerdos y propósitos compartidos por los actores institucionales. El PI da coherencia a las decisiones escolares, articula las dimensiones pedagógica, organizativa y comunitaria, y orienta las prácticas en función de las características y necesidades del contexto.

La Ley Provincial de Educación N° 13.688 establece que cada institución debe construir su PI con la participación de todos sus integrantes. Asimismo, promueve procesos de autoevaluación institucional que permitan mejorar tanto la gestión como los aprendizajes.

El Reglamento General de las Instituciones Educativas de la Provincia de Buenos Aires señala que el PI permite identificar los problemas más significativos de la institución y diseñar estrategias adecuadas para abordarlos, considerando diagnósticos cuantitativos y cualitativos. Esto implica un análisis riguroso del contexto social y comunitario, de las trayectorias escolares de los estudiantes y de las características de los equipos docentes.

A su vez, la Resolución RESFC-2018-2037-GDEBA-DGCyE subraya la importancia del PI como espacio de reflexión sistemática sobre las prácticas de enseñanza y de gestión. En este sentido, tanto el aula como la escuela se transforman en ámbitos de producción de conocimiento y de construcción colectiva.

Un PI bien elaborado no se reduce a un documento formal: requiere tiempo, compromiso, diagnóstico, análisis y consensos. Supone que la escuela ha podido reconocer su punto de partida, definir objetivos posibles y diseñar estrategias para lograrlos, con la convicción de que es posible mejorar. Así, la escuela se constituye en una institución viva, que aprende de sí misma y trabaja para garantizar experiencias de aprendizaje significativas, orientadas a una formación integral y emancipadora.

2.2.3 Educación y Salud

La relación entre educación y salud ha sido un eje central en la historia educativa argentina. Desde el siglo XIX, estas dos dimensiones se consolidaron como pilares fundamentales del desarrollo integral de las personas, constituyendo una preocupación constante del Estado y de distintos actores sociales.

Uno de los primeros en destacar esta relación fue Domingo F. Sarmiento, quien en *Educación popular* (1849). Para él, la higiene de los espacios educativos y de la sociedad en general eran cruciales para formar ciudadanos fuertes, productivos y capaces de impulsar el progreso. El sistema de educación debía estar íntimamente ligado al de la higiene, sin ella, la instrucción no produciría más que hombres débiles y enfermizos.

Este vínculo se institucionaliza en 1884 con la sanción de la Ley N° 1420 de Educación Común, que estableció la enseñanza primaria obligatoria, gratuita, gradual y laica en todo el país. La ley asignaba un papel central a la higiene escolar: el artículo 1° se refería al desarrollo físico de los niños; el artículo 2° exigía que la instrucción se impartiera conforme a preceptos higiénicos; el artículo 13° incluía el control de vacunación, revacunación e inspección médica; y el artículo 24° exigía capacidad técnica, moral y física a quienes ejercieran la docencia (Agüero y Milanino, 2019).

La implementación de estas disposiciones generó una estructura institucional orientada al bienestar integral de la infancia, desde la infraestructura escolar hasta los métodos pedagógicos y las prescripciones sanitarias. A partir de entonces, se hicieron obligatorias las inspecciones médicas e higiénicas, incluyendo la vacunación de los alumnos (Battolla y Bortz, 2007).

Simultáneamente, la medicina social adquiere protagonismo, especialmente tras la epidemia de fiebre amarilla de 1871, que dejó en evidencia las falencias del sistema sanitario. Bajo el paradigma del progreso y la civilización, el Estado comenzó a integrar los avances de la medicina en sus políticas educativas (Lionetti, 2011). La incidencia de enfermedades como el cólera, fiebre amarilla, peste bubónica, viruela, difteria, escarlatina y tuberculosis, responsables de más de la mitad de las defunciones entre 1872 y 1886, impulsó reformas profundas. Los médicos higienistas promovieron el acceso al agua potable, el saneamiento urbano, la salubridad de alimentos y cementerios, la vacunación obligatoria y el control de enfermedades transmisibles (Battolla y Bortz, 2007).

En 1880 se creó el Departamento Nacional de Higiene y, dentro de este, la Sección de Higiene Escolar, que sistematizó la articulación entre salud y educación. Se instauraron

exámenes médicos obligatorios en distintos niveles del sistema educativo (Battolla y Bortz, 2007).

Esta política sanitaria-educativa también tuvo una dimensión simbólica. Desde el paradigma de la debilidad del cuerpo infantil, se desarrolló una pedagogía orientada a “sanear” el cuerpo de la nación. La sociedad de fines del siglo XIX, en un contexto de cambio acelerado, fue interpretada como un “cuerpo social enfermo”. En este marco, las prácticas educativas se orientaron a fortalecer el cuerpo infantil como fundamento de una “nueva raza” sobre la que edificar el futuro nacional (Lionetti, 2011).

Este enfoque se mantuvo hasta el primer cuarto del siglo XX. La revista *El Monitor de la Educación Común*, en su edición de 1923, sostenía que el Estado debía promover la protección médica y social desde las escuelas, no sólo instruyendo al niño sino también garantizando una educación higiénica extensiva a las familias.

Durante la década de 1940, bajo el peronismo, se profundizó esta concepción integral: salud y educación fueron consagradas como derechos universales. La Ley N° 13.039 estableció la enseñanza obligatoria de la higiene en todo el país, asignando al Ministerio de Salud Pública la responsabilidad de su implementación (Lluch y Rodríguez, 2000). Se construyeron hospitales y centros de salud, y se incorporaron contenidos sanitarios a los programas escolares (Acevedo y Pitelli, 1997).

En 1949 se creó la Dirección General de Sanidad Escolar, encargada de velar por la salud de educadores y educandos en todos los niveles. Esta etapa implicó una redefinición del rol docente: el maestro debía promover hábitos de higiene y conocimientos básicos de salud, asumiendo funciones similares a las de un agente sanitario (Cornelis, 2005).

En los años 60 continuó esta visión, y se reafirmó el rol del docente como promotor de salud: “la educación higiénica es la base de la salud individual y colectiva, y el maestro debe ser el principal difusor de estas enseñanzas” (Turner, 1961 p.119).

La OMS, en 1969, definió a la educación sanitaria como un proceso que busca inducir hábitos de vida saludable, un uso adecuado de los servicios sanitarios y la toma de decisiones para mejorar la salud individual y colectiva (OMS, Informe Técnico N° 412,

1969). Ese mismo informe identificó tres desafíos: la formación en salud de docentes no especializados, la capacitación de docentes secundarios en salud como asignatura formal, y la formación de especialistas en educación sanitaria en las escuelas normales (Turner, 1959).

Actualmente, la educación para la salud sigue formando parte de los contenidos curriculares en las escuelas, incluyendo temas como higiene, alimentación saludable, prevención de enfermedades y cuidado ambiental. También se desarrollan programas para fomentar la actividad física como estrategia de salud poblacional.

En conclusión, el abordaje de la salud en la educación argentina transitó de un enfoque centrado en la prevención de enfermedades hacia una perspectiva integral de bienestar. A lo largo de este proceso, la escuela fue pensada como un espacio estratégico para la difusión de prácticas higiénicas y pedagógicas sobre el cuerpo, convirtiéndose en un terreno de disputa entre médicos, educadores y otros profesionales. En ese marco, educadores y médicos promovieron una pedagogía higiénica y corporal con el objetivo de “sanar” simbólicamente a la nación (Lionetti, 2011). Así, la escuela, permeable a los nuevos saberes expertos, colaboró en la construcción simbólica del cuerpo infantil como parte del proyecto de Estado.

2.2.4 El Cuerpo, Entre el Discurso Médico y el Discurso Escolar.

El disciplinamiento del cuerpo escolar estuvo legitimado desde diferentes discursos. Uno de los que sobresalieron fue el de la medicina, o mejor dicho el de la higiene. Desde fines del siglo XIX y principios del XX el poder de la práctica y el lenguaje médico en la trama escolar se manifestó muy claramente (Scharagrodsky, 2005).

La prioridad que tomaba era el tema del cuerpo, en una población inmigrante que veía bruscamente cambiadas sus condiciones de vida, sus parámetros y sus hábitos higiénicos, alimenticios, de relación sexual y social. Asimismo, la caracterización de la gran masa de los educandos como susceptibles de enfermar física, moral, mental y espiritualmente, o como enfermos de diversas categorías, fue su condición necesaria. (Puiggrós, 1990, p. 118, Scharagrodsky, 2017, p.3)

El discurso médico se incorpora a la escuela por dos vías. La primera, la creación del médico escolar con un mandato autorizado a la hora de definir anormalidades corporales. La segunda, a través de los planes y programas escolares y de los manuales y textos obligatorios (Scharagrodsky, 2005). “Este discurso ingresó en la escuela gracias a la biopolítica, la cual a partir del siglo XIX se desplegó sobre las poblaciones acrecentando el valor de la vida. En nombre del cuerpo-especie, el biopoder intervino para mejorar la vida, gestionar los procesos biológicos y asegurar no tanto su disciplina sino su regulación” (Scharagrodsky, 2017, p.4). El biopoder, a través de la medicina, no sólo garantizó la salud, sino que impuso un estilo de vida "moralmente saludable". Una de las huellas más nítidas de la función represiva que el modelo médico sumó a su función preventiva de la enfermedad fue la confusión frecuente entre los acontecimientos sanitarios y los comportamientos éticos y morales.

Era muy común en los documentos escolares oficiales la afirmación de que los pobres eran borrachos, sucios, con tendencia a ser delincuentes y debían bañarse más que los ricos. La escuela debía civilizar y, a la vez, domesticar el cuerpo y las representaciones (Laporte, 1989).

Este proceso de estigmatización y estereotipación corporal estuvo avalado por el discurso médico positivista reinante en esa época. Esta mirada del cuerpo, cuyas huellas perduran hasta nuestros días, sometió las diferencias sociales y culturales a la primacía de lo biológico o mejor dicho de un imaginario biológico, naturalizando las desigualdades de condiciones y justificándolas (Scharagrodsky, 2005).

Resumiendo, esta forma de interpretar al cuerpo desde lo biológico era y sigue siendo un medio para explicar el hecho social e interpretar la realidad.

2.2.5 La Salud Adolescente

En el marco legal argentino, los derechos de niños, niñas y adolescentes en relación con la salud han sido progresivamente reconocidos y fortalecidos. La Ley 26.529 (2009), sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, establece que “el paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene

derecho a ser asistido por los profesionales de la salud sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición”. Además, explicita que los menores de edad tienen derecho a intervenir en las decisiones relacionadas con su salud conforme a lo dispuesto por la Ley 26.061, que establece el derecho a participar en decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud (art. 2, inc. a).

Este principio es reforzado por el Código Civil y Comercial de la Nación, en su artículo 26, que reconoce progresivamente la autonomía de los adolescentes en cuestiones de salud, en función de su desarrollo por edad. En particular:

- Entre los 13 y 16 años, el adolescente puede tomar decisiones respecto de tratamientos que no sean invasivos, ni comprometan gravemente su estado de salud o integridad física.
- A partir de los 16 años, el adolescente es considerado como un adulto para decidir sobre el cuidado de su propio cuerpo.

Este marco normativo implica un reconocimiento creciente del derecho a la autonomía progresiva, y exige a los profesionales de la salud y del ámbito educativo actuar con respeto hacia la capacidad de discernimiento de los y las adolescentes.

2.2.6 Los/Las Docentes

El rol del docente ha sido históricamente moldeado por diversas tradiciones pedagógicas que dieron lugar a distintas concepciones sobre su función, su formación y su identidad profesional. María Cristina Davini, en *La formación docente en cuestión: política y pedagogía* (2008), propone una mirada crítica sobre estas tradiciones, entendidas como “configuraciones de pensamiento y acción que, construidas históricamente, se mantienen en el tiempo en cuanto están institucionalizadas, incorporadas a las prácticas y a la conciencia de los sujetos” (p.20).

Las principales tradiciones identificadas por Davini son:

- Tradición normalizadora-disciplinadora: con raíces en el positivismo, esta tradición concibe al docente como agente moralizador, encargado de formar ciudadanos y disciplinar la conducta. En la actualidad, persiste a través de discursos prescriptivos que imponen lo que “debe ser” un docente, reduciendo su rol a un técnico ejecutor de normas, con escasa formación teórica y apego a rutinas homogeneizadoras, sin atender a la diversidad del alumnado.
- Tradición académica: privilegia el dominio del contenido disciplinar por sobre la formación pedagógica. Desde esta perspectiva, la pedagogía se considera un saber secundario o incluso un obstáculo. Actualmente, se expresa en prácticas que desvalorizan los saberes previos de los estudiantes y focalizan la enseñanza en la transmisión de conocimientos académicos, con énfasis en la didáctica de la disciplina, pero con un vacío en el debate pedagógico.
- Tradición eficientista: surge en los años 60, vinculada al paradigma desarrollista. Concibe la escuela como una fábrica de “recursos humanos” y al docente como un técnico encargado de lograr aprendizajes medibles a través del cumplimiento del currículo. Tiene fundamentos en la psicología conductista y se manifiesta en escuelas que priorizan el control externo y los resultados, dejando de lado los procesos educativos internos y la participación docente.

A partir de las décadas de 1980 y 1990 emergen nuevas tendencias que, aunque no consolidan tradiciones, expresan formas de resistencia a los modelos dominantes:

- La pedagogía crítico-social de los contenidos, que revaloriza los contenidos dentro de un enfoque crítico y contextualizado.
- La pedagogía hermenéutica-participativa, que transforma las relaciones de poder dentro de la escuela, buscando mayor horizontalidad y diálogo.

Desde una perspectiva contemporánea, autores como Schön (1992), citado por Gangli (2019), junto con Montero (2001), critican el paradigma técnico y positivista, proponiendo en cambio una visión del docente como profesional reflexivo. En este enfoque,

el conocimiento no es solo teórico ni externo, sino que se construye en la acción y a partir de la reflexión sobre la experiencia.

Así, el docente aprende haciendo, y genera conocimiento situado, ligado al contexto y a las particularidades del aquí y ahora. Esta concepción promueve una mirada más integral de la enseñanza, que valora la interpretación y el juicio pedagógico, reconociendo al docente como sujeto activo en la producción de saber.

2.2.7 Análisis de la Práctica Docente

Dado que esta investigación se centra en las prácticas docentes en el nivel secundario en relación con la FHA, es necesario explicitar los fundamentos teóricos que sustentan la práctica docente.

Según Fierro (2003), la práctica docente se estructura en torno a seis dimensiones interrelacionadas:

- **Dimensión personal:** El docente, como sujeto histórico, es portador de ideales, proyectos y circunstancias personales que influyen en su ejercicio profesional. Su formación se configura a partir de experiencias significativas, vivencias de éxito o fracaso y expectativas a futuro. Esta dimensión implica la articulación entre la historia personal y profesional, y entre la vida cotidiana y el trabajo en la escuela.
- **Dimensión institucional:** La práctica docente se desarrolla en el marco de una organización: la escuela. Esta institución provee las condiciones materiales, normativas y simbólicas que orientan la labor docente. La escuela constituye un espacio de socialización profesional donde se configura una cultura institucional propia, producto de las interacciones entre colegas, autoridades y el contexto de gestión.
- **Dimensión interpersonal:** Se refiere a las relaciones que se establecen con estudiantes, colegas, directivos y familias. Estas relaciones, diversas y complejas, dan forma al clima institucional y a la experiencia educativa. El docente participa en acuerdos, decisiones colectivas, proyectos comunes y también en el disenso,

enfrentando múltiples desafíos en su vínculo cotidiano con los otros actores escolares.

- **Dimensión social:** Enmarca el trabajo docente en un contexto histórico, político, geográfico y cultural determinado. Las desigualdades sociales se expresan en el aula, donde el docente enfrenta cotidianamente problemáticas derivadas de las distintas condiciones de vida y oportunidades de los estudiantes. La práctica docente debe reconocer y responder críticamente a esta diversidad.
- **Dimensión didáctica:** Define al docente como mediador entre los estudiantes y el saber. Desde una perspectiva constructivista, su tarea es facilitar el acceso al conocimiento culturalmente organizado, promoviendo su apropiación, recreación y aplicación crítica. Esta dimensión abarca la planificación, la organización del aula, la evaluación y el acompañamiento a los procesos de aprendizaje de los estudiantes.
- **Dimensión valoral:** Toda práctica docente está atravesada por valores, explícitos o implícitos. El docente transmite y construye actitudes, normas e interpretaciones del mundo, influenciando de manera decisiva en la formación ética de sus estudiantes. Los marcos institucionales, las normas escolares y los planes de estudio forman parte de este entramado valoral que orienta la enseñanza.

2.2.8 El Poder Atraviesa la Práctica Docente

El concepto de poder permite analizar críticamente muchas de las problemáticas sociales actuales. Sin embargo, suele pensarse como algo externo. Michel Foucault (1987) nos enseña que el poder circula en lo cotidiano y que opera incluso sin ser reconocido. No puede pensarse al sujeto aislado de las redes de poder que lo atraviesan y reproducen.

En el ámbito escolar, la situación pedagógica constituye una trama de poder. El docente, al desarrollar su práctica, orienta sus acciones hacia determinados fines y dispone de múltiples recursos para ejercer el poder. Sin embargo, esta práctica se inscribe en redes institucionales que también regulan, condicionan y a veces limitan las decisiones pedagógicas (Davini, 2008).

Desde esta perspectiva, Davini (2008) propone analizar críticamente la acción pedagógica del docente, visibilizando su complejidad y diversidad de efectos. La tradición normalizadora y civilizadora del siglo pasado derivó en una enseñanza transmisiva que ignora los saberes de los alumnos y reduce al docente a un mero transmisor de conocimientos.

Fenstermacher (1989) diferencia entre la “enseñanza con éxito” y la “buena enseñanza”. Mientras la primera se refiere a la eficacia en transmitir conocimientos, la segunda introduce una dimensión ética y epistemológica: ¿Es moralmente justificable lo que se enseña? ¿Tiene valor conocerlo, comprenderlo, creer en ello? Esta mirada implica un compromiso con la realidad sociocultural de los estudiantes.

Un buen trabajo pedagógico articula los saberes previos del alumnado con los contenidos escolares, generando reestructuraciones críticas de ambos. Esta interacción amplía la conciencia de los estudiantes y los habilita para una participación activa, crítica y solidaria en la vida pública (Davini, 2008).

Davini sostiene que esta perspectiva recoge lo mejor del pensamiento pedagógico de todos los tiempos, pero cobra particular relevancia en un contexto de proyectos tecno burocráticos que tienden a segregar y despolitizar la experiencia educativa. Frente a esto, el docente debe constituirse en un sujeto activo, reflexivo, crítico y comprometido, capaz de revisar sus prácticas y descentrarse del lugar de poder instituido.

Como propone Giroux (1990), si se toma en serio la enseñanza, las escuelas deben ser espacios donde se viven cotidianamente relaciones sociales democráticas.

2.2.9 El Rol Docente Hoy

A partir de los desarrollos anteriores y considerando la persistencia de las tradiciones pedagógicas en la formación docente, resulta difícil definir un único modelo de docente. En la práctica institucional, conviven diversas tradiciones y enfoques, y la reflexión entre pares se vuelve clave para transformar las prácticas de aula.

En el contexto actual, no se define un tipo ideal de docente, pero sí se promueve una determinada concepción de práctica. Los marcos normativos de la Provincia de Buenos

Aires destacan la importancia de que los/as docentes “participen y co-construyan con los jóvenes ritos que hagan marca”, reconociendo sus formas de expresión y comunicación, y acompañándolos activamente en su integración a la vida escolar (DGCyE, 2006).

La educación, concebida como derecho social, debe garantizar el acceso igualitario a saberes significativos para todos los jóvenes. En este sentido, la escuela secundaria pública asume una responsabilidad sustantiva: formar a las nuevas generaciones como protagonistas del destino colectivo.

Los DC provinciales establecen con claridad las intencionalidades educativas, enmarcadas en una política integral, inclusiva y de calidad. Estos diseños son prescriptivos: determinan qué enseñar (contenidos disciplinares) y cómo enseñar (modos de conocer), asegurando la unidad del sistema educativo y el respeto por la diversidad.

Es responsabilidad de todos los actores del sistema garantizar que el DC se plasme en los proyectos institucionales y de aula. Por eso, se constituye como una herramienta clave de consulta y orientación para los/as docentes.

La Dirección de Formación Continua propone una lógica de trabajo transversal, reflexiva y recursiva, articulando la planificación, la práctica y la evaluación a partir de la identificación de problemas de enseñanza y aprendizaje vinculados con los resultados educativos.

2.2.10 Los Contenidos

El término “contenido” proviene del latín *continere*, que significa abarcar, guardar, llenar o conservar. En el ámbito educativo, el contenido remite a aquello que se transmite en el proceso pedagógico: el mensaje, el saber, la técnica, la actitud, el valor o la habilidad que se busca comunicar. Tal como señalan Gvirtz y Palamidessi (2008), “el contenido es lo comunicado, el mensaje de la transmisión pedagógica que surge de una construcción social y cultural muy compleja, sujeta a interpretación, deformación y malentendidos” (p.19).

El contenido a enseñar es aquel definido por autoridades reconocidas como legítimas, lo que convierte al docente en un “mensajero de lo ajeno”, obligado a presentar intencionalmente aquello que fue establecido como enseñanza válida (Gvirtz y Palamidessi,

2008). Sin embargo, existen también contenidos que se enseñan sin estar explicitados: los contenidos ocultos, que forman parte de lo que efectivamente se transmite en el aula sin estar formalmente declarados como objetivos pedagógicos.

Gvirtz y Palamidessi proponen diversas formas de comprender el contenido según su momento en el proceso de enseñanza:

- Lo que se debe enseñar.
- Lo que se declara enseñar.
- Lo que se intenta enseñar.
- Lo que efectivamente se enseña.

A su vez, afirman que los contenidos incluyen mucho más que información académica: comprenden actitudes, hábitos, emociones, competencias, y formas de pensamiento. Así, frente a un contenido aparentemente simple como una operación matemática, coexisten aprendizajes vinculados con la actitud hacia el conocimiento o el desarrollo del pensamiento autónomo.

Las escuelas, lejos de poder transmitir todos los saberes sociales, llevan a cabo una selección. En este proceso, “la educación es un proceso selectivo que excluye, afirma, reitera y valora algunas cosas sobre otras” (Gvirtz y Palamidessi, 2008, p.24).

Michel Foucault (1970) aporta una mirada crítica, al advertir que:

“Se sabe que no se tiene el derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, en fin, no puede hablar de cualquier cosa” (p.14).

El conocimiento está atravesado por relaciones de poder: político, económico, cultural o social. Gvirtz y Palamidessi identifican tres grandes campos que inciden en la producción y selección de contenidos:

- Campo socio-cultural: instituciones que generan conocimiento (universidades, centros de investigación).
- Campo del Estado: define contenidos en función del ordenamiento social y la legitimación cultural.

- Campo del mercado: introduce la “presión vocacional” y orienta los contenidos hacia la inserción laboral.

En resumen, los contenidos escolares no son producto exclusivo de decisiones pedagógicas, sino el resultado de negociaciones complejas entre distintos campos de poder que definen qué saberes merecen ser enseñados.

2.2.11 Currículum

El currículum es el documento oficial que organiza, jerarquiza y selecciona los saberes que deben ser enseñados. Materializa el proceso de traducción cultural que transforma un universo amplio de conocimientos en contenidos escolares específicos. En él se definen las disciplinas, asignaturas y áreas del conocimiento que estructuran el trabajo escolar (Gvirtz y Palamidessi, 2008).

El currículum responde a tres preguntas fundamentales: ¿Qué enseñar? ¿Cómo enseñar? ¿Qué, cómo y cuándo evaluar? En este sentido, actúa como organizador institucional (Frigerio, Poggi y Tiramonti, 1992), y es un instrumento didáctico clave para la planificación docente.

Existen múltiples tipos de currículum. Picco et al. (2012) enumeran trece variantes, aunque para este análisis se destacan tres:

1. Currículum prescripto (oficial o escrito): es el DC elaborado por instancias gubernamentales, que establece los contenidos mínimos obligatorios para cada nivel y ciclo educativo.
2. Currículum real (vivido o en acción): se refiere a lo que efectivamente ocurre en el aula en la interacción entre docentes y estudiantes.
3. Currículum nulo: definido por Eisner (1985) como aquello que no se enseña. Incluye los conocimientos, perspectivas o habilidades que no forman parte del repertorio educativo.

Como afirman Flinders, Noddings y Thornton (1986): “Siempre el [currículum nulo] contiene elementos del universo educacional que el observador percibe como faltantes y significativos”(p.8).

Edelstein y Litwin (1993) reconocen que el currículum nulo también está presente en las decisiones docentes: “Ello implica el reconocimiento de que aquello que no enseñamos forma parte también de nuestras decisiones en el terreno de la selección curricular” (p.81).

Este conjunto de currículum refleja la distancia existente entre lo prescrito y lo que ocurre efectivamente en la práctica, lo que Stenhouse (1991) identifica como “el hiato entre nuestras intenciones de enseñar y las tentativas para hacerlas realidad” (p.4).

2.2.12 Textos Pedagógicos o Libros de Texto

Los libros de texto son instrumentos fundamentales en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Richaudeau (1981) los define como “material impreso, estructurado, destinado a utilizarse en un determinado proceso de aprendizaje y formación” (p.51). Según Torres Santomé (1994), son materiales diseñados para ser utilizados exclusivamente en el aula y que contienen la información necesaria para que los alumnos acrediten sus conocimientos.

Más allá de su función técnica, los libros de texto contienen una carga política y simbólica: representan los saberes que una generación considera valiosos para ser transmitidos a la siguiente (Fernández Palop y Caballero García, 2017). Choppin (2000) lo resume así:

“El manual [libro de texto] se presenta como el soporte, el depositario de los conocimientos y de las técnicas que en un momento dado una sociedad cree oportuno que la juventud debe adquirir para la perpetuación de sus valores”. (p.108, p.204).

Cada empresa editorial realiza su propia interpretación de los contenidos curriculares, con mayor o menor fidelidad o flexibilidad. El docente, entonces, se enfrenta al desafío de no aceptar pasivamente estas propuestas. Como advierte Blanco (1994):

“Menuda tarea la que enfrentan los docentes: resistirse a los encantos de una propuesta pedagógica ‘servida en bandeja’ [...]” (p.6).

A partir de estos materiales, el docente traduce el contenido a enseñar en contenido enseñado, mediante estrategias como la ejemplificación, la simplificación o la ampliación. Como señalan Gvirtz y Palamidessi (2008), “El contenido a enseñar encuentra su

concreción en la interpretación que realiza el docente en el momento de presentar sus clases”, (p.38).

Así, el contenido enseñado es producto de la convergencia entre el currículum, los libros de texto y la mediación pedagógica del docente.

2.2.13 Salud y Adolescencia y su Enseñanza en el Ciclo Superior de la Escuela Secundaria

La materia Salud y Adolescencia, perteneciente al Ciclo Superior de la Escuela Secundaria, se plantea como un espacio de acercamiento a problemáticas de salud desde una perspectiva crítica, participativa y contextualizada. Propone una construcción de saberes basada en la problematización de situaciones de salud relevantes para los estudiantes y sus comunidades.

El DC (ES4, Salud y Adolescencia) sostiene que:

“Se espera que la posibilidad de adquirir diversos saberes genere prácticas saludables y responsables en relación con la salud [...] Se pretende lograr un compromiso activo en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades [...] que permita al estudiante reconocer, exigir y fundamentar el acceso a la salud como un derecho humano” (p.10).

Desde una perspectiva interdisciplinaria, se promueve la reflexión crítica sobre temas como salud y adolescencia, salud y clase social, y salud y pobreza. El enfoque apunta a desarrollar capacidades para la toma de decisiones informadas y la participación activa en el mejoramiento de la salud propia y comunitaria.

Entre las orientaciones didácticas, el DC propone:

- Fomentar el debate, la escucha activa y la participación.
- Desarrollar proyectos de investigación con impacto comunitario.
- Articular contenidos con los intereses de los estudiantes.
- Promover actividades dentro y fuera de la escuela (trabajos comunitarios, publicaciones, participación en medios locales, etc.).

El docente debe acompañar este proceso con información actualizada, guiar la elección de problemáticas significativas y propiciar instancias que articulen los conocimientos aprendidos con su influencia en la vida cotidiana. El propósito final es fomentar una ciudadanía crítica, activa y saludable.

2.2.14 La Planificación de la Enseñanza

La planificación es una instancia central del trabajo docente, no solo como organización de la tarea sino como espacio privilegiado de reflexión pedagógica. Según Araujo (2006), citada en Lorda et al. (2013),

“La programación de la enseñanza es un concepto medular (...) una de las fases en las que se establecen líneas de desarrollo de un curso, al mismo tiempo que es espacio en el cual es posible dedicar más tiempo a la reflexión sobre la enseñanza y su relación con la finalidad y los supuestos que la orientan” (p.2).

En la misma línea, Salinas (1994) define la planificación como una etapa en la que el docente formula hipótesis de trabajo, previsiones que se pondrán a prueba en la práctica. Esta dimensión anticipatoria no garantiza resultados, ya que la enseñanza está atravesada por la impredecibilidad: factores institucionales, áulicos y emocionales pueden modificar el curso previsto (Gvirtz y Palamidessi, 2006).

Planificar implica tomar decisiones sobre objetivos, contenidos, actividades, materiales y formas de evaluación. Los textos y materiales seleccionados —especialmente los libros de texto— tienen una fuerte influencia, ya que estructuran y secuencian los contenidos, proponen actividades y condicionan los modos de enseñar (Gvirtz y Palamidessi, 2006).

Pero la planificación también es un acto profesional: “La tarea de la enseñanza requiere reflexión y análisis; es decir, el empleo de criterios y directrices que permitan pensar sobre la práctica antes, durante y después de llevarla a cabo [...] diseñar tiene como fin enriquecer, analizar y mejorar la tarea de enseñanza” (Gvirtz y Palamidessi, 2006, p.183).

Este proceso posee una naturaleza dual: por un lado, es una herramienta práctica que organiza el qué, cómo, cuándo y con qué estrategias se enseña; por otro, puede ser vista como un dispositivo de control institucional. No obstante, también puede ser un espacio de intercambio colectivo, superando su tradicional enfoque individualista.

La planificación se constituye como instrumento de previsión, acción y evaluación del proceso de enseñanza-aprendizaje, que permite a los/as docentes dar sentido a sus decisiones y vincular sus prácticas con el contexto institucional y social en el que trabajan.

2.2.15 Elementos de la Planificación

Una planificación didáctica es el instrumento mediante el cual el docente organiza su propuesta de enseñanza. Sus componentes están estrechamente relacionados y deben responder a preguntas fundamentales: ¿para qué enseñar?, ¿qué enseñar?, ¿cómo enseñar?, ¿cómo evaluar? A continuación, se describen sus elementos clave:

2.2.15.1 Fundamentación

En este apartado, el docente explicita los fundamentos teóricos, valorativos y empíricos que justifican su propuesta. La fundamentación vincula la enseñanza con el contexto institucional y social, y establece las metas generales del espacio curricular.

2.2.15.2 Objetivos o Expectativas de Logro

Son formulaciones claras y sencillas que expresan lo que se espera que el estudiante logre, incluyendo transformaciones a nivel cognitivo, emocional y social. Orientan la enseñanza y permiten evaluar los aprendizajes alcanzados.

2.2.15.3 Contenidos

Los contenidos, previamente abordados, constituyen el eje de la planificación. El docente selecciona, organiza y secuencia los saberes que se abordarán en las actividades para alcanzar los objetivos propuestos.

2.2.15.4 Estrategias de Enseñanza y Aprendizaje

Consisten en las decisiones pedagógicas del docente para presentar los contenidos y favorecer su apropiación. Incluyen metodologías, enfoques, dinámicas y criterios que organizan la interacción con el saber.

2.2.15.5 Actividades

Son las acciones diseñadas para que los estudiantes se involucren activamente con los contenidos. Promueven experiencias de aprendizaje y permiten poner en juego saberes previos, habilidades y nuevas construcciones.

2.2.15.6 Recursos Didácticos

Comprenden todos los materiales y herramientas que se emplean en el proceso de enseñanza-aprendizaje: desde el pizarrón y los libros hasta las TIC. Su adecuada selección potencia el logro de los objetivos.

2.2.15.7 Evaluación

La evaluación permite recoger información sobre el proceso educativo. Su función es comprender y mejorar la enseñanza, revisar objetivos, estrategias y recursos, y retroalimentar el aprendizaje.

2.2.15.8 Bibliografía para los Estudiantes

Es el material que refuerza y amplía lo trabajado en el aula. Puede tratarse de libros de texto u otros materiales elaborados por el docente. Tiene carácter permanente y sirve de guía para el aprendizaje autónomo.

2.2.15.9 Actividades de Extensión e Investigación

Apuntan a promover el vínculo entre la escuela y la comunidad, fomentar la participación en programas de educación permanente, y estimular la investigación interdisciplinaria vinculada a problemáticas sociales.

2.2.16 La Promoción de la Salud en la Escuela

En 2018, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) elaboró el manual *Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud?*, donde plantea que tradicionalmente la salud ha sido considerada ajena a la escuela, delegada a profesionales e instituciones sanitarias. Sin embargo, desde una concepción integral y multidimensional,

“La salud es una construcción social, histórica, subjetiva y multideterminada por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, medioambientales, políticos y

culturales. [...] Se la considera un recurso para la vida y un derecho humano fundamental que debe ser protegido y garantizado por el Estado [...] y por la sociedad en su conjunto” (OPS, 2018).

Desde esta perspectiva, la escuela no puede desentenderse del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes. La estrategia de Escuelas Promotoras de Salud (EPS), impulsada por la OMS desde los años 80 y difundida en América Latina por la OPS desde 1995, promueve entornos escolares saludables.

En palabras de la OMS en 1992 citada por Ippolito-Shepherd en 2003:

“Una escuela promotora de salud es aquella que constantemente aprovecha todas las oportunidades que tiene para promover la salud y bienestar de sus miembros” (p.15).

La OPS amplía esta definición:

“Una escuela promotora de salud es una institución educativa que planifica e implementa de forma continua acciones para constituirse en un entorno físico y psicosocial saludable [...] genera oportunidades y propicia la adquisición de competencias [...] y cumple sus funciones pedagógicas con calidad” (OPS, 2018).

La EPS es una decisión institucional que implica el compromiso cotidiano del equipo escolar con la salud integral de su comunidad. Se busca un cambio de paradigma: pasar de un enfoque centrado en la prevención de enfermedades a uno basado en la promoción de la salud, el empoderamiento, la participación y la construcción de condiciones saludables.

Las EPS contribuyen, además, al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, al entender que la salud es condición indispensable para la equidad, la inclusión y la calidad educativa (Franceschini et al., 2018).

Tabla 1*Comparación entre Enfoque Tradicional de Salud Escolar y Enfoque de Escuelas**Promotoras de Salud*

Enfoque Tradicional de Salud Escolar	Enfoque de Escuelas Promotoras de Salud
<u>Concepto de salud:</u> Limitado, considera a la salud como ausencia de enfermedad (perspectiva biomédica)	<u>Concepto de salud:</u> Integral y multidimensional (salud como construcción social)
<u>Foco:</u> Prevención de enfermedad, estilos de vida saludables y servicios de	<u>Foco:</u> Creación de condiciones y oportunidades para el desarrollo y la calidad de vida
<u>Papel de la escuela:</u> Pasivo: población cautiva	<u>Papel de la escuela:</u> Activo: papel protagónico
<u>Implementación:</u> Liderada por personal externo a la comunidad educativa	<u>Implementación:</u> Liderada por miembros de la comunidad educativa con apoyo del sector salud y otros actores
<u>Representaciones sociales:</u> Los profesionales externos se consideran como poseedores del conocimiento en salud	<u>Representaciones sociales:</u> El personal del establecimiento educativo reconoce sus posibilidades de influenciar en la calidad de vida y bienestar de sus miembros y considera que este aspecto forma parte de su papel
<u>Tipo de intervenciones:</u> Esporádicas y no integradas al plan educativo y a la política institucional	<u>Tipo de intervenciones:</u> Sistemáticas, continuas e integradas al plan educativo y política institucional
<u>Dimensiones de trabajo:</u> Unidimensional (p. ej., brinda talleres o servicios preventivos)	<u>Dimensiones de trabajo:</u> Compleja y multidimensional Se realizan intervenciones que tratan de incidir en distintas dimensiones del entorno
<u>Intersectorialidad:</u> Trabajo “en” la escuela Actores externos al establecimiento definen las prioridades y formas de trabajo Profesionales externos al establecimiento implementan el proyecto y la comunidad educativa lo	<u>Intersectorialidad:</u> Trabajo “con” la escuela Capacitación del personal de escuela para que pueda liderar el proyecto y definir prioridades y modalidades Los miembros de la comunidad educativa

Enfoque Tradicional de Salud Escolar	Enfoque de Escuelas Promotoras de Salud
facilita	implementan el proyecto y solicitan colaboración a otros actores según sus necesidades

Nota. Tomado de cuadro enfoque tradicional de salud escolar y enfoque de EPS. Immino K. (2013). *Comparison between traditional school health approach and health promoting schools approach*. Presentación en la Conferencia de Escuelas Promotoras de Salud, Escuela de Enfermería, Universidad de Filipinas, Manila, abril de 2013. [Inédito].

2.2.17 Sociedad de la Información y del Conocimiento

La globalización y el avance tecnológico han dado lugar a una transformación profunda en la estructura social, económica y cultural. Majó y Marqués (2001) advierten que

El proceso de globalización impulsa una hegemonía económica y cultural ejercida por las naciones dominantes, impulsando la estandarización de valores y comportamientos. Como resultado, se exige a nivel mundial una convergencia de criterios y la integración tecnológica se asume no como una opción, sino como una necesidad estructural.

Nos encontramos en un nuevo modelo social caracterizado por una economía centrada en los servicios, especialmente aquellos relacionados con el procesamiento de información y la atención a las personas. Esta transición de una economía de productos a una economía de servicios marca el surgimiento de la llamada sociedad de la información y del conocimiento (Majó y Marqués, 2001).

Este nuevo entorno cultural, dominado por la conectividad digital y la circulación permanente de información, transforma las formas de relación y aprendizaje. Según Suárez (2011), esta cultura digital rompe los límites del tiempo y el espacio, a bajo costo, y promueve nuevas formas de comunicación e interacción humana.

En este contexto, Montagu et al. (2004) y Traver et al. (2005) destacan la posibilidad de construir conocimiento de manera colaborativa a partir de una comunicación simultánea y global, facilitada por las redes.

Sin embargo, esta situación también implica desafíos: la sobreabundancia de información puede generar saturación y confusión, y al mismo tiempo, los medios pueden ser utilizados como herramientas de manipulación ideológica por parte de grupos de poder. Como señalan Majó y Marqués (2001),

“Crece el agobio de tanta información y la sensación de manipulación ideológica por los grupos de poder [...] afianzando valores que necesitan esos mismos grupos” (p.27).

Vivimos en un escenario de cambios acelerados y pérdida de referentes ideológicos, lo que plantea la necesidad de formar sujetos capaces de adaptarse, pensar críticamente y aprender de manera autónoma (Suárez, 2011). En este sentido, como advierte Fainholc (2001).

“Ya no alcanza con enseñar a aprender; hay que enseñar a buscar, seleccionar y vincular la información, ejercitando el pensamiento crítico” (p.7).

La tecnología es una herramienta poderosa, pero no suficiente por sí sola para garantizar el cambio educativo: su uso pedagógico requiere un marco ético, crítico y reflexivo.

2.2.18 La Irrupción de los Movimientos Antivacunas en la Sociedad del Conocimiento

La llamada “sociedad del conocimiento” no ha estado exenta de contradicciones. Un claro ejemplo es la irrupción de los movimientos antivacunas, que emergen y se propagan precisamente en contextos altamente informatizados. El origen de este movimiento contemporáneo se remonta a 1998, cuando el médico británico Andrew Wakefield publicó un artículo en *The Lancet* que sugería una relación entre la vacuna triple viral (contra sarampión, rubéola y paperas) y el autismo. La publicación generó alarma social y una caída del índice de vacunación del 92% al 85% en el Reino Unido, provocando un aumento significativo de casos de sarampión (Gómez, 2015).

Sin embargo, en 2004, diez de los coautores del estudio se retractaron, y en 2010 *The Lancet* retiró oficialmente el artículo. Pese a esto, el daño ya estaba hecho: la desinformación circuló rápidamente, especialmente por redes sociales, y sirvió de base para movimientos que cuestionan la validez de la inmunización.

Carolina Avendaño en un artículo periodístico del año 2015 cita a Félix Goñi de la Universidad del País Vasco, quien afirma que el movimiento antivacunas se sustenta en “la ignorancia y el egoísmo”. La idea de que las vacunas son peligrosas es ridícula y tiene su origen en la ignorancia” (2015).

En ese mismo artículo, Guillermo Quindós, catedrático de microbiología de la misma universidad, agrega: “El riesgo de complicaciones de las vacunas es mínimo y, desde luego, mucho menor que el de renunciar a ella” (2015).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacunación evita entre 2 y 3 millones de muertes anuales por enfermedades como difteria, tétanos, tos ferina y sarampión. Paradójicamente, mientras los países con menor desarrollo luchan por garantizar el acceso a la vacunación masiva como una estrategia para mejorar la calidad de vida, en los países desarrollados crecen movimientos que la rechazan, propiciando el resurgimiento de enfermedades erradicadas o en vías de eliminación (Gómez, 2015).

2.2.19 El Rol de la Escuela en la Prevención de la FHA

Pese a la relevancia de la FHA, no existen en la actualidad investigaciones pedagógicas específicas que aborden su prevención en el ámbito escolar, como sí ocurre con la enfermedad de Chagas. En este último caso, abundan estudios centrados en representaciones sociales, educación sanitaria y experiencias escolares concretas (Sanmartino, 2005, 2006; Crocco y Rodríguez, 2003; Crocco et al., 2005, 2006; entre otros).

Estos trabajos destacan la educación sanitaria como un componente clave en el control de enfermedades endémicas, y señalan a la escuela como un espacio privilegiado para la prevención (Sanmartino, 2010). Desde esta perspectiva, los estudiantes pueden asumir el rol de agentes de salud, promoviendo prácticas preventivas tanto en su entorno escolar como familiar, fortaleciendo la comunicación intergeneracional y el sentido de pertenencia comunitaria (Blanco et al., 2001; Gavidia, 2001).

Suárez (2011) analiza el modelo de gestión propuesto por Crocco et al. (2006) para el abordaje del Chagas en escuelas, destacando su viabilidad y su carácter sostenible, ya

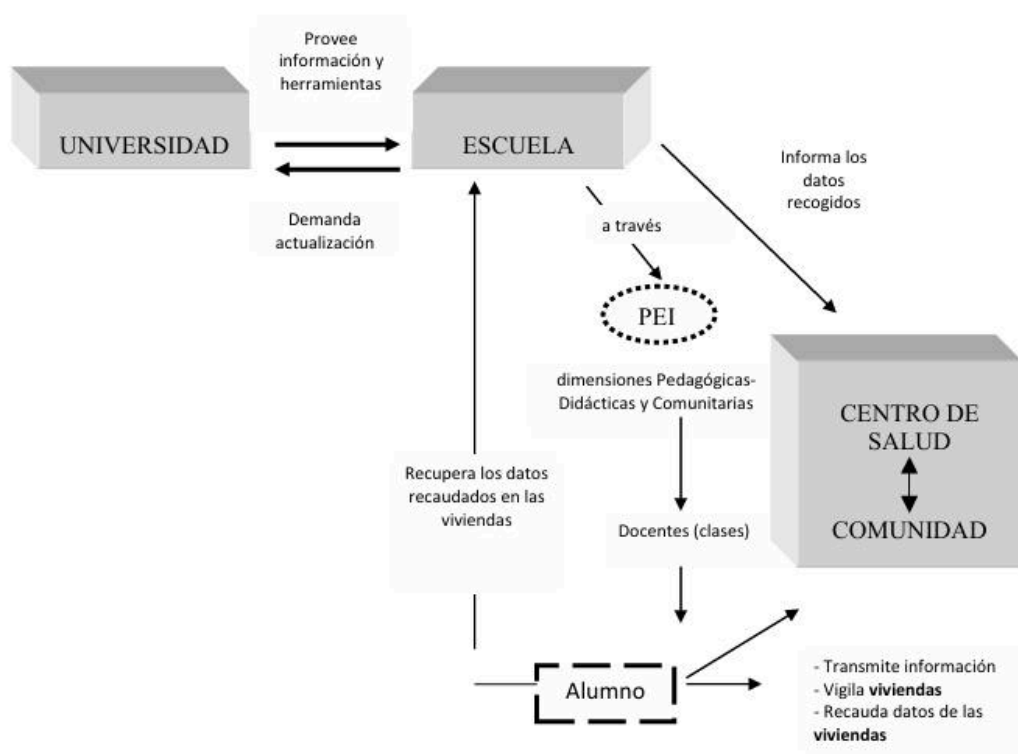
que no requiere recursos adicionales ni agentes externos. Este modelo, basado en el enfoque de la EPS, podría ser adaptado para la prevención de la FHA.

La implementación de este tipo de propuestas debería integrarse en el PI de cada escuela, fortaleciendo su compromiso curricular y social. Como afirma Suárez (2011), “Este modelo es factible de implementar desde una enseñanza constructivista [...] transformando a la escuela en una institución comprometida con la mejora de la calidad de vida” (p.46).

La prevención de la FHA desde la escuela requeriría, por tanto, no solo contenidos curriculares adecuados, sino también una articulación pedagógica, comunitaria y sanitaria que permita a las instituciones educativas asumir un rol activo en la promoción de la salud en contextos endémicos.

Figura 19

Modelo de gestión interinstitucional para la implementación de una estrategia de promoción de la salud (Crocco et al. 2006).



Nota. Tomado de Crocco, L., de Longhi, A. L., & Rodríguez, C. (2006). Modelo de gestión interinstitucional para la promoción de la salud desde la escuela: caso Chagas y Dengue. Revista Iberoamericana De Educación (p. 5).

La OMS y la OPS, desde 1990 consideran a la promoción de la salud por medio de las escuelas, como una estrategia que mejora la calidad de vida de los estudiantes y de los miembros de su comunidad, promoviendo formas de implementarlo (Crocco et al. 2006).

Según Suarez (2011) en la declaración de Yakarta se considera que en la promoción de la salud en el siglo XXI es esencial la participación de las personas y por lo tanto la educación es necesaria para conseguir esta participación. Brindar una alfabetización sanitaria no solo con información sobre una determinada enfermedad sino la posibilidad de mejorar la calidad de vida participando en la toma de decisiones relacionadas con la prevención de la enfermedad (Suarez, 2011).

Capítulo III

3. Metodología

3.1 Enfoque Metodológico

Para conocer, describir y comprender los resultados obtenidos, se adoptó una metodología de tipo cuali-cuantitativa, que combina el uso de instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos. Esta integración metodológica responde a la concepción de que ambos enfoques no son excluyentes, sino complementarios y fácilmente articulables (Rodríguez Gómez et al., 1996; Peme-Aranega, 1999; Hernández Sampieri et al., 2003). La naturaleza del estudio se define como descriptiva y exploratoria. El trabajo de campo se llevó a cabo en escuelas urbanas y suburbanas, de gestión pública y privada, del distrito de Pergamino (provincia de Buenos Aires), considerado de alto riesgo para la transmisión de la FHA.

Si bien los resultados serán presentados principalmente en términos cuantitativos, la discusión se realizó bajo un enfoque cualitativo e interpretativo, ya que este permite generar confianza y autenticidad en los hallazgos (Sautu, 2005). Esta perspectiva considera a los/as docentes como sujetos histórico-culturales, inmersos en contextos de interacción complejos y dinámicos (Larreamendy-Joerns, Henao y Arango, 2006, en Gangli, 2019).

Seguendo a Ruth Sautu (2005), los supuestos de la investigación cualitativa pueden clasificarse en:

- Supuestos ontológicos: la realidad es subjetiva, múltiple y socialmente construida.
- Supuestos epistemológicos: el investigador forma parte del contexto investigado e interactúa activamente con los sujetos.
- Supuestos axiológicos: se reconocen los valores del investigador como parte del proceso de conocimiento, los cuales deben ser explicitados y reflexionados.
- Supuestos metodológicos: los conceptos y categorías emergen de forma inductiva; el diseño es flexible y permite un análisis contextual profundo.

Desde este marco, el conocimiento se comprende como una construcción compleja, situada y subjetiva (Gangli, 2019). En consecuencia, fue fundamental para esta investigación analizar las dimensiones histórico-sociales que atraviesan a los/as docentes: si han sido interpelados por la problemática de la FHA, si esta se encuentra incorporada en sus prácticas pedagógicas, y si forma parte de sus planificaciones curriculares o de su formación inicial.

Esta investigación adopta también una orientación interpretativa, centrada en comprender cómo los actores —en este caso, los/as docentes— perciben y significan su realidad. No se trata de imponer una única mirada desde el investigador, sino de interpretar las múltiples y, en ocasiones, contradictorias visiones sobre la problemática abordada. En los estudios cualitativos, la interpretación constante por parte del investigador constituye una herramienta central (Stake, 1999, en Gangli, 2019).

Desde esta lógica, la investigación se inscribe dentro del paradigma interpretativo, el cual reconoce la existencia de múltiples realidades subjetivas que no deben fragmentarse ni ser objeto de control. Por el contrario, el objetivo es comprender su complejidad sin reducirla. Este paradigma habilita el uso de una pluralidad de métodos destinados a explorar, describir y comprender los significados que los actores sociales atribuyen a los fenómenos (Peme-Aranega, 1999; Suárez, 2011).

En este marco, no se busca la generalización de los resultados, ya que en el ámbito de la investigación educativa este objetivo no se considera pertinente (Rodríguez Gómez et al., 1996). En cambio, se procura generar respuestas situadas que permitan comprender el fenómeno estudiado desde una perspectiva contextualizada y significativa.

El universo de estudio estuvo conformado por docentes habilitados para enseñar el espacio curricular "Salud y Adolescencia" (4º año del nivel secundario), en ejercicio al momento del relevamiento. El muestreo fue no probabilístico, dirigido y por conveniencia, en función de la accesibilidad a los establecimientos, a la documentación elaborada por los/as docentes, y a su disposición para participar en la encuesta, lo que permitió recolectar información pertinente de forma efectiva.

Esta investigación se desarrolló en dos etapas. La primera etapa fue de carácter exploratorio-descriptivo, y abarcó el análisis documental a nivel extra e intra-institucional. En ella se investigó la localización de las instituciones educativas dentro del partido de Pergamino y se examinó toda la documentación oficial pertinente. La segunda etapa comprendió la recolección y el análisis de datos cuantitativos mediante encuestas a docentes

3.2 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para responder a los objetivos propuestos en esta investigación fueron: el análisis de documentos educativos de uso generalizado y obligatorio en instituciones educativas de nivel secundario y en institutos de formación docente; el estudio de libros de texto o materiales de estudio empleados por los/as docentes en sus prácticas de enseñanza; y, por último, la aplicación de encuestas a docentes involucrados en los objetivos de esta investigación. No se realizaron entrevistas ni observaciones de clases, aunque estas podrían ser consideradas en futuras investigaciones para un análisis más profundo, ya que exceden el alcance de los objetivos actuales.

3.2.1 Documentación

Se analizaron documentos entendidos como registros escritos o simbólicos (materiales o datos disponibles para su lectura o su intención), incluidos documentos oficiales (Gangli, 2019). Se incluyeron:

- Diseño Curricular para la Educación Secundaria de la Provincia de Buenos Aires: Marco General para el Ciclo Superior (Resolución N° 3828/09)
- Diseño Curricular para Educación Secundaria Ciclo Superior ES4: Salud y Adolescencia (Resolución N° 3828/09)
- Diseño Curricular del Profesorado de Tercer Ciclo de la EGB y de la Educación Polimodal en Biología (Res. N° 13259-99, modificada por Res. N° 3581/00)
- Proyectos Educativos Institucionales (PI) de las escuelas seleccionadas
- Planificaciones Didácticas Anuales de la asignatura Salud y Adolescencia de 4.º año
- Libros de texto de distintos sellos editoriales mencionados en las planificaciones anuales

El análisis documental incluyó, por un lado, un análisis individual de los DC oficiales y de los PI de cada escuela, así como de las planificaciones anuales de asignaturas pertinentes del profesorado. Por otro lado, se realizó un análisis comparativo de las planificaciones y libros de texto para indagar la incorporación de la problemática endémica de la FHA en la asignatura y en las prácticas docentes. De cada documento se examinó tanto la estructura superficial (concepciones explícitas de la FHA, contenidos propuestos) como la estructura profunda (concepciones subyacentes).

En el caso del profesorado, se estudiaron el DC del Profesorado de Educación Secundaria en Biología con trayecto en Ciencias Naturales y las planificaciones anuales de asignaturas relacionadas con la problemática, con el objetivo de identificar espacios de formación en FHA durante la carrera. Para el nivel secundario, se analizó el DC de Salud y Adolescencia, ya que esta asignatura contempla el tratamiento de enfermedades endémicas.

Asimismo, se examinaron los PI de cada institución para detectar proyectos educativos relacionados con la FHA: cátedras específicas, ferias de ciencias, articulaciones con organismos gubernamentales y actividades extracurriculares.

El análisis de las planificaciones anuales permitió relevar contenidos, actividades y bibliografía propuesta en torno a la FHA, entendiendo que estas planificaciones reflejan el recorte del universo que cada docente propone como guía del proceso de enseñanza-aprendizaje.

El análisis documental, como herramienta cualitativa, implica la lectura interpretativa de textos significativos. Según Ruiz Olabuénaga e Ispizua (citados en Gangli, 2019), los documentos deben ser analizados en relación con las preguntas de investigación y los conceptos del marco teórico. Se reconocen dos tipos de datos: primarios (producidos intencionalmente por el investigador, como encuestas) y secundarios (información institucional publicada sin fines de investigación, como documentación oficial) (Valles, 1999).

3.2.2 Universo de Instituciones Educativas (IE) del Nivel Secundario

El universo inicial estuvo formado por 18 instituciones educativas (IE) de la ciudad de Pergamino. Se realizó un análisis intra-institucional para excluir aquellas que hasta 2019 hubieran desarrollado proyectos sobre FHA, recibido intervenciones educativas externas sobre la enfermedad o que no permitieran el acceso a la documentación.

Se incluyeron las escuelas que participaron en las jornadas "El INEVH abre sus puertas a la comunidad", mencionadas en el apartado 2.1.12.

El universo final quedó conformado por 10 IE urbanas y suburbanas, públicas y privadas:

- Escuela Secundaria Básica N° 15 "María Eva Duarte"
- Escuela Educación Secundaria N° 19 "Rodolfo Walsh"
- Escuela Educación Secundaria Agropecuaria N° 1 "Ing. Agr. Lorenzo Parodi"
- Escuela de Educación Secundaria N° 1 de Acevedo
- Escuela de Educación Secundaria N° 8 "Julio I. Maiztegui" de La Violeta

- Escuela de Educación Secundaria N° 4 “Mariano Moreno”
- Escuela de Educación Secundaria N° 7 “Joaquín Víctor González”
- Escuela de Educación Secundaria Técnica N° 2
- Colegio Ntra. Sra. del Huerto
- Colegio San José de los Hermanos Maristas

En estas IE se analizaron 24 planificaciones pedagógicas de la asignatura Salud y Adolescencia. Se evaluaron dos aspectos centrales: la presencia explícita de la palabra FHA o del INEVH, y la bibliografía recomendada para los estudiantes (libros de texto o dossiers confeccionados por los/as docentes).

El análisis permitió explorar el tratamiento didáctico de la FHA a partir de la elección de objetivos de aprendizaje, contenidos, actividades, recursos, estrategias de evaluación, metodologías empleadas y propuestas de extensión o investigación. La extensión se concibe como un proceso educativo y transformador que implica el intercambio de saberes entre diversos actores.

Tabla 2

Instrumento para relevamiento de planificaciones anuales.

Partes de la Planificación Pedagógica	Números de planificaciones que aparece la palabra FHA	Número de planificaciones que se hace alusión al INEVH
Fundamentación		
Objetivos o Expectativas de logro		
Propósitos		
Contenidos		
Intervención Didáctica o Estrategias		
Recursos		
Evaluación		
Recursos		

Partes de la Planificación Pedagógica	Números de planificaciones que aparece la palabra FHA	Número de planificaciones que se hace alusión al INEVH
Proyectos de investigación y Extensión		

3.2.3 Los Libros de Texto

Desde diversos campos disciplinarios, tanto a nivel nacional como internacional, los textos escolares han constituido un objeto privilegiado de estudio. Su relevancia como “instrumentos de mediación pedagógica y su riqueza informativa han generado un sostenido interés en su análisis” (Mouratian, 2014, p. 31). En este sentido, “su importancia estratégica ha motivado investigaciones continuas en distintos países, que los han asumido como objeto permanente de estudio” (Mouratian, 2014, p. 24).

Los textos escolares son considerados dispositivos de mediación semiótica que no solo contienen contenidos, sino que también proponen una forma específica de vinculación con el/la estudiante (Celman, 2010).

En América Latina, el interés por los libros escolares cobró fuerza en el marco de las reformas educativas de las décadas del sesenta y del noventa, abordando tanto aspectos metodológicos y didácticos como ideológicos implicados en su producción y evaluación (Ossenbach Sauter & Somoza Rodríguez, 2000).

Para este estudio se seleccionaron seis libros de texto pertenecientes a cuatro editoriales de amplia circulación en la provincia de Buenos Aires. Estos materiales fueron mencionados en las planificaciones pedagógicas analizadas. El criterio de selección respondió a la necesidad de obtener un corpus suficientemente amplio y representativo, que permitiera observar el tratamiento que se le otorga a la FHA en los textos utilizados por los/as docentes. En todos los casos, los libros están organizados en bloques temáticos, capítulos y unidades, con estructuras similares entre las diferentes editoriales. A modo de ejemplo: Bloque I: Definición de salud y enfermedad; Capítulo 2: ¿Qué se entiende por enfermedad?; Unidad 5: Enfermedades según su distribución.

Las editoriales se identifican con las siguientes abreviaturas: Ed#1 (Santillana), Ed#2 (Maipue), Ed#3 (SM), Ed#4 (Mandioca), Ed#5 (Puerto de Palos) y Ed#6 (Gram Editora).

Dado que no se encontraron categorías preexistentes en la literatura que se ajustaran a los objetivos del estudio, se procedió a construir y validar un listado ad hoc de categorías de análisis, orientado a evaluar la presencia y el tratamiento de la problemática de la FHA en los textos escolares.

En primer lugar, se estableció como criterio que los libros seleccionados debían estar alineados con los contenidos mínimos establecidos por el currículo oficial, lo que permitió excluir textos desactualizados o de escasa circulación. Así, se tomó como referencia el DC de la asignatura Salud y Adolescencia.

Posteriormente, se aplicó una técnica de análisis de contenido, entendida como un procedimiento sistemático de interpretación de los procesos comunicativos presentes en los textos, que permite identificar información, conceptos, propuestas y actividades dirigidas al aprendizaje autónomo del lector (Romagnoli y Massa, 2016).

Las categorías de análisis construidas fueron:

a) Evocación de la enfermedad: definición, ejemplificación, descripción, comparación, clasificación, causalidad, referencia histórica.

b) Actividades sobre la enfermedad: experimentación (por ejemplo, encuestas familiares), reflexión, revisión conceptual, indagación sugerida, lecturas complementarias, propuestas didácticas y estrategias introductorias (relatos, historias, actividades iniciales).

c) Análisis de ilustraciones: se consideró la función de las imágenes dentro de la secuencia didáctica (evocación, definición, ejemplificación, descripción, clasificación, referencia histórica, aplicación, experimentación), su iconicidad (fotografía, dibujo figurativo, viñetas dialogadas) y su funcionalidad en relación con el aprendizaje (operativa, elemental, inoperante, decorativa).

El enfoque adoptado permitió valorar no solo la inclusión de la FHA como contenido, sino también la manera en que es presentada, abordada y enseñada desde los textos escolares.

Tabla 3

Instrumento para el análisis de los libros de texto.

Categoría	Modalidad
Evocación de la enfermedad	Definición (denominación) Ejemplificación Descripción Comparación Clasificación Causalidad Referencia histórica
Actividades	Experimentos Reflexiones Revisión de conceptos Indagación sugerida a los estudiantes Lecturas complementarias Propuesta didáctica
Análisis de ilustraciones	Secuencia didáctica con ilustraciones Iconicidad Funcionalidad

Nota. Tomado de Claudia M. Romagnoli y M. B. Massa, Escuela Particular Incorporada N° 1345 “Nuestra Señora del Carmen”, Pujato, y Universidad Nacional de Rosario, Argentina)

El análisis de las distintas categorías recae en las modalidades de las mismas. Para ello es conveniente definir las modalidades con precisión para saber cómo la temática puede estar presente en los diferentes libros de textos. Para su definición corresponde utilizar los conceptos encontrados en la Real Academia Española (RAE).

Dentro de la categoría **evocación de la enfermedad** se describen las siguientes **modalidades:**

-Definición: *del lat. definitio, -ōnis. Acción y efecto de definir. Proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial. Sin.: explicación, aclaración, descripción, especificación. (Real Academia Española, s.f., definición 1)*

Una definición es una explicación de algún concepto o término donde se incluye sus aspectos principales y se brinda cierto contexto también con el objeto de ser lo más claro posible en aquello de lo que se habla. Esta definición puede ser breve o extensa, y puede estar escrita coloquialmente o con un lenguaje técnico.

-Ejemplificación: *del lat. exemplum 'ejemplo' y -ficar. Demostrar, ilustrar o autorizar con ejemplos lo que se dice. Sin.: ilustrar, clarificar, ejemplar. (Real Academia Española, s.f., definición 1).*

Ejemplificar es demostrar, ilustrar o autorizar algo mediante ejemplos concretos presentando la información con mayor claridad para su comprensión.

-Descripción: *del lat. descriptio, -ōnis. Acción y efecto de describir. Sin.: caracterización, retrato, reseña, definición, explicación, exposición, especificación, pormenorización, prosopografía, topografía. (Real Academia Española, s.f., definición 1).*

La descripción de algo dirige la atención del lector hacia detalles importantes y dan verosimilitud al relato. Para describir algo se detallan sus rasgos característicos: forma, tamaño, impresión que produce. y si el objeto que se describe tiene diferentes partes, se enumeran y detallan ordenadamente.

-Comparación: *del lat. comparatio, -ōnis. Acción y efecto de comparar. Producción de una idea relacionándola con otra. Sin.: equiparación, parangón, semejanza, símil, comparanza, confrontación, cotejo, balance, examen, compulsación. (Real Academia Española, s.f., definición 1).*

La comparación nos permite un análisis poniendo la atención a un objeto o persona para así poder establecer semejanzas y/o diferencias si las tuviera o a través del tiempo.

-Clasificación: *del lat. classificare. Acción y efecto de clasificar. Relación de los clasificados en una determinada prueba. Sin.: organización, ordenación, distribución,*

separación, taxonomía, lista, catálogo, índice, encasillado. (Real Academia Española, s.f., definición 1).

Una clasificación es un orden u organización de cosas bajo un funcionamiento lógico en grupos, series o clases. Los objetos o personas cuando son clasificados significa que se dividieron y organizaron según un criterio pactado previamente

-Causalidad: *del lat. causal: Causa, origen, principio. Ley en virtud de la cual se producen efectos. Sin.: causa, origen, principio, fundamento.* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

El concepto de causalidad se corresponde a la relación entre más de un acontecimiento cuya secuencia y consistencia es atribuída a uno de ellos la aparición de otro u otros. La causalidad es una interpretación del funcionamiento de la naturaleza sobre todo dominante en el campo de la medicina.

Referencia: *del lat. refērens, -entis 'referente'. 1. Acción y efecto de referirse (aludir). Sin.: mención, alusión, cita. 2. Narración o relación de algo. Sin.: narración, relación, relato.* (Real Academia Española, s.f., definición 1 y 2).

En el caso particular de una referencia histórica, en definitiva, es un texto breve que se propone repasar los hechos históricos de un determinado asunto o personaje. Este tipo de escrito brinda una visión general sobre el objeto o persona reseñado con un formato descriptivo e intención informativa.

-Experimento: *del lat. experimentum. Acción y efecto de experimentar. Sin.: experimentación, prueba, ensayo, examen, intento, indagación, investigación, tanteo, experiencia.* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

Un experimento es un procedimiento llevado a cabo para apoyar, refutar, o validar una hipótesis determinada. Los experimentos proporcionan la idea sobre causa y efecto de un evento particular cuando se demuestra un resultado.

-Reflexión: *del lat. tardío reflexio, -ōnis 'acción de volver atrás'. 1. Acción y efecto de reflexionar. Sin.: pensamiento, meditación, cavilación, consideración, especulación, refleja. 2. Advertencia o consejo con que alguien intenta persuadir o convencer a otra persona. Sin.:*

advertencia, consejo, recomendación, sugerencia, exhortación. 3. Fís. Acción y efecto de reflejar o reflejarse. Sin.: reflejo, refracción, reverberación, destello, brillo, vislumbre, centelleo, fulgor, refleja. (Real Academia Española, s.f., definición 1, 2 y 3).

Reflexionar es plantearse preguntas sobre lo que se hace o lo que siempre se ha hecho y modificar o reafirmar los saberes y conocimientos previos.

-Revisión: *del lat. revisio, -ōnis. Acción de revisar. Sin.: exploración, inspección, investigación, observación, registro, revisada, revisión. repaso, comprobación, examen, verificación, fiscalización, reconocimiento, consideración, estudio.* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

La revisión es un estudio en el cual el revisor resume y analiza la información disponible sobre un tema específico basado en una búsqueda cuidadosa de la literatura existente sobre la temática.

-Indagación: *del lat. indagatio, -ōnis. Acción y efecto de indagar. Sin.: investigación, averiguación, pesquisa, sondeo, inspección, examen, análisis, búsqueda, busca, rastreo.* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

Al igual que la indagación hace referencia a las diversas formas en las que los científicos estudian el mundo natural y proponen explicaciones basadas en la evidencia derivada de su trabajo, también se refiere a las actividades de los estudiantes en la que ellos desarrollan conocimiento y comprensión de las ideas.

-Lectura: *del b. lat. lectura. 1. Acción de leer. Sin.: lección, recitación, leída. 2. Obra o cosa leída. 3. Interpretación del sentido de un texto. Sin.: versión, interpretación, exegesis, sentido.* (Real Academia Española, s.f., definición 1, 2 y 3).

La lectura es un proceso en el que un individuo conoce cierta información mediante el lenguaje visual o escrito. El lector se enfrenta a ciertas palabras, números o símbolos, los traduce en información dentro de su mente, los decodifica y aprende. La lectura es un canal más que abre paso a la adquisición del conocimiento

-Propuesta: *del lat. proposita, f. de propositus 'propuesto'. 1. Proposición o idea que se manifiesta y ofrece a alguien para un fin. Sin.: proposición, sugerencia, idea, invitación,*

oferta, ofrecimiento, promesa, consejo, indirecta. (Real Academia Española, s.f., definición 1).

En el caso concreto de una propuesta pedagógica, esta es una técnica en la cual profesores y alumnos pueden llegar a alcanzar conocimientos y comprensión de saberes, adquiriendo capacidades en su desarrollo y en su interacción constante con el entorno social. La propuesta debe estructurarse en objetivos, contenidos, actividades, metodología y criterios de evaluación, que serán los que permitirán conocer el resultado final de la citada propuesta.

-Ilustración: *1. Acción y efecto de ilustrar. 2. Estampa, grabado o dibujo que adorna o documenta un libro. Sin.: lámina, dibujo, estampa, iluminación, grabado, figura, fotografía, santo. 3. Publicación, comúnmente periódica, con láminas y dibujos, además del texto que solía contener.* (Real Academia Española, s.f., definición 1, 2 y 3).

En los libros de textos la ilustración se encuentra muy extendida apareciendo en casi la totalidad de sus páginas ya que recrea en conjunto con el texto escrito de un libro. Es el componente gráfico que complementa o realza un texto. Las ilustraciones son imágenes asociadas con palabras.

-Iconicidad: *de icónico e -idad; cf. ingl. iconicity. 1. Similitud entre una imagen o un signo y lo que representa.* (Real Academia Española, s.f., definición 1).

Muchas veces las ilustraciones que acompañan la narración en los libros de textos son dibujos icónicos. Esta representación icónica es una imagen producida artificialmente para representar una cosa, de una enfermedad por ejemplo. Es el estímulo visual para representar una realidad.

-Funcionalidad: *Funcional 1. adj. Perteneciente o relativo a la función o a las funciones. Competencia, procedimiento funcional. Dependencia, enlace funcional. 2. adj. Dicho de una cosa: Diseñada y organizada atendiendo, sobre todo, a la facilidad, utilidad y comodidad de su empleo. Sin.: práctico, pragmático, utilitario, ergonómico, cómodo. 3. adj. Dicho de una obra o de una técnica: Eficazmente adecuada a sus fines. Sin.: eficaz,*

efectivo, eficiente, útil, socorrido, sencillo. (Real Academia Española, s.f., definición 1, 2 y 3).

Una actividad funcional presente en un libro de texto lo es si ella tiene características que hacen que algo sea práctico y utilitario, que lleve a un hecho transformador de la realidad.

3.2.4 Encuestas a Docentes

Como parte de la segunda etapa de investigación, se encuestó a docentes de escuelas urbanas y suburbanas del distrito de Pergamino. Se diseñó y aplicó un cuestionario ad hoc para relevar CAP vinculadas a la FHA. Este incluyó ítems sobre definición, transmisión en áreas rurales y urbanas, hábitos del vector, reconocimiento del reservorio, zona endémica, formas de transmisión, agente causal, órganos afectados, clínica, pronóstico, denominación coloquial "mal de los rastrojos", tratamiento y prevención. Además, se indagó la importancia atribuida a la temática, oportunidades de formación y si fue abordada en el aula.

Cabe aclarar que no se trató de un estudio comparativo entre escuelas, ya que la mayoría de los/as docentes se desempeñan simultáneamente en varias instituciones (entre cuatro y cinco en promedio).

3.2.5 Aplicación de la Encuesta

El proceso de implementación de la encuesta se realizó durante los meses junio a septiembre de 2021, en pleno confinamiento debido a que en Argentina estábamos atravesando la segunda ola de COVID-19 lo cual llevó algo más de lo esperado. No se presentó ningún tipo de inconveniente entre los participantes, algunos por medio de los directivos que hicieron de nexo, expresaron la rapidez para realizarla y que no hubo dificultades en entender el enunciado de las preguntas, sin que fuera necesario aclaraciones algunas que hubieran complicado la finalización de la encuesta ya que la misma no permitía dejar preguntas en blanco o sin contestar, riesgo más que suficiente para que los encuestados abandonaran la realización de las mismas o la opción de no participar.

3.2.6 Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre FHA

El instrumento empleado se basa en el modelo CAP, ampliamente utilizado en estudios sobre enfermedades en contextos educativos (Crocco et al., 2005). Se trata de una encuesta estructurada, con preguntas de opción múltiple que permiten relevar conocimientos, actitudes y prácticas. La encuesta, de naturaleza cuantitativa, es un procedimiento estandarizado que permite recolectar información de manera sistemática (Sautu, 2005).

Según Gangli (2019), existen distintos tipos de encuestas según el modo de recolección: presencial, telefónica, postal y por Internet. En este estudio se optó por la modalidad en línea, a través del uso del correo electrónico, en el contexto de la pandemia por COVID-19. Los contactos se realizaron mediante directivos escolares, lo que facilitó la implementación.

Las encuestas CAP permiten obtener información sobre lo que las personas saben, sienten y hacen respecto a un tema, y son útiles para el diseño y evaluación de programas (Holman, 2012). Dado el carácter específico de los conocimientos y actitudes en función del contexto, el diseño y adaptación de los instrumentos fue una etapa crítica del estudio.

Se siguieron las cinco etapas propuestas por Holman (2012): 1) Definición de objetivos; 2) Prueba piloto y validación del cuestionario; 3) Ejecución; 4) Análisis de datos; 5) Comunicación de resultados adaptada a los públicos destinatarios.

3.2.6.1 Diseño del Cuestionario

Dado que no se identificaron instrumentos previos adecuados, se diseñó un cuestionario específico con la colaboración de especialistas en FHA y educación. Se aplicaron recomendaciones metodológicas para mejorar su claridad y eficacia: uso moderado de opciones múltiples, redacción positiva y precisa, lenguaje concreto, y uso de escalas tipo Likert (de Leeuw, 2011).

3.2.6.2 Validación de los Instrumentos

Para asegurar la validez y confiabilidad del cuestionario, se realizó una prueba piloto con estudiantes avanzados de los profesorados de Biología, Ciencias Naturales y Educación Inicial de los Instituto Superior de Formación Docente y Técnico N° 122 (ISFD y T N° 122) y Instituto Superior de Formación Docente N° 121 (ISFD N°121) de Pergamino. Se realizaron ajustes a partir de esta instancia preliminar antes de su implementación final.

3.2.6.3 Recolección de Datos

La encuesta fue administrada en formato digital, utilizando *Google Forms*, lo que permitió una recolección eficiente y segura en el contexto sanitario vigente. Las respuestas fueron sistematizadas automáticamente a través de hojas de cálculo vinculadas, lo que facilitó el análisis posterior.

3.2.6.4 Consideraciones éticas y confidencialidad

El presente estudio se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales aplicables a investigaciones sociales y educativas, en particular los de respeto por las personas, beneficencia y confidencialidad.

La participación de los y las docentes fue voluntaria, sin ningún tipo de incentivo ni consecuencia derivada de la decisión de participar o no hacerlo. Previo al inicio de la encuesta, se informó a los/as participantes sobre los objetivos generales del estudio, el carácter académico de la investigación y el uso de la información con fines exclusivamente científicos y educativos.

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario digital autoadministrado, garantizando el anonimato de las respuestas. No se solicitaron datos personales identificatorios ni información sensible que permitiera reconocer a los/as participantes o a las instituciones educativas involucradas.

Los datos obtenidos fueron almacenados en soporte digital con acceso restringido al investigador responsable y utilizado únicamente para el análisis en el marco de esta tesis. Los resultados se presentan de manera agregada, evitando cualquier posibilidad de identificación individual.

El estudio contó con aval institucional para su realización en el marco de una investigación académica, y se desarrolló conforme a las prácticas habituales de resguardo ético de la información en el ámbito educativo.

Dado que se trata de un estudio descriptivo, observacional y de riesgo mínimo, no se previeron daños ni riesgos para los/as participantes. El diseño y desarrollo del trabajo se ajustan a los estándares éticos vigentes para investigaciones educativas y sociales.

3.2.6.5 *Material Reunido en las Encuestas*

Para el análisis de las respuestas la propia herramienta del formulario en el apartado “respuestas” diseñó una planilla de volcado que reúne todas las respuestas y una salida de gráficos acorde a la pregunta formulada (ejemplo gráficos de tortas o gráficos de barras) ya que las mismas son del tipo de preguntas cerradas.

3.2.6.6 *Tratamiento y Análisis de los Datos*

Los datos recolectados a través del cuestionario digital fueron exportados desde la plataforma utilizada para su procesamiento y análisis. Se realizó un análisis descriptivo de las variables, empleando frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para caracterizar las respuestas de los/as docentes encuestados/as.

Las preguntas cerradas permitieron construir indicadores vinculados a conocimientos, percepciones y prácticas docentes en relación con la FHA.

Los resultados se presentan mediante gráficos y tablas generados a partir de la herramienta de procesamiento utilizada, acompañados de una interpretación contextualizada en función del marco teórico y normativo desarrollado en los capítulos precedentes. Asimismo, los hallazgos fueron puestos en diálogo con antecedentes bibliográficos y con el marco epidemiológico y educativo vigente, con el objetivo de fortalecer la validez interpretativa del análisis.

3.2.7 *Universo Docente*

Fueron encuestados 37 docentes pertenecientes a los departamentos de Ciencias Naturales y de Política y Ciudadanía, habilitados por el nomenclador del Tribunal

Descentralizado de la Secretaría de Asuntos Docentes (SAD) del distrito de Pergamino para dictar la asignatura Salud y Adolescencia.

3.2.8 Tiempo de Ejecución

El trabajo de campo correspondiente a la encuesta se llevó a cabo durante el ciclo lectivo 2021 (etapa de presencialidad administrada por pandemia), y se complementó con el análisis de documentación del ciclo 2019 (período pre-pandémico), cuya disponibilidad fue completa.

Capítulo IV

4. Resultados y Discusión

En este capítulo se presentan los resultados a partir de los datos obtenidos y de acuerdo a la metodología utilizada y caracterizada en el capítulo anterior dando cuenta de los objetivos de esta tesis.

Se han organizado del siguiente modo: primero se caracteriza cada documento de interés en particular, luego se caracterizan los textos escolares analizados y por último se refieren los resultados obtenidos luego de la encuesta CAP, considerando las dimensiones de la encuesta que denotan las percepciones de los docentes de las diferentes comunidades educativas bajo estudio como reflejo de la situación en la que se encuentran los/as docentes y la FHA desde una perspectiva pedagógica y didáctica.

4.1 Estudio de Documentos

4.1.1 Análisis de Diseño Curricular para la Educación Secundaria de la Provincia de Buenos Aires: Marco General para el Ciclo Superior (Resolución N° 3828/09)

El análisis del Marco General para el ciclo superior del DC para la Educación Secundaria de la Provincia de Buenos Aires habla únicamente acerca de la responsabilidad de la provincia a través de la dirección general de escuela donde se busca proveer, garantizar y supervisar una educación que sea integral, inclusiva, permanente y de calidad para toda la población y que toda la comunidad educativa se involucre activamente en este proceso.

El mismo marco informa la obligatoriedad de la misma a 6 años reconociendo a los adolescentes como sujetos de derecho a una educación que fortalezca su identidad, su ciudadanía y los prepare para la adultez.

En este contexto, se considera a la educación secundaria como una institución que posibilita la inclusión y la permanencia de todos los jóvenes de la provincia, asegurando los conocimientos y herramientas necesarias que garanticen los tres fines de este nivel de enseñanza: la formación de ciudadanos, la preparación para el mundo del trabajo y para la continuación de estudios superiores.

A su vez, especifica sobre la educación secundaria orientada en sus diferentes modalidades. En dicho ciclo independientemente de su orientación hay un conjunto de saberes imprescindibles, relevantes y significativos para todos los jóvenes y que se enseñarán en todas las escuelas de la provincia de Buenos Aires.

Entre las materias que conforman este campo de formación común se encuentra la asignatura Salud y Adolescencia. En este marco el DC comenta acerca de por qué esta disciplina fue considerada como campo del saber dentro de la formación orientada y común para todos los estudiantes de cuarto año de la escuela secundaria. El diseño aclara que este espacio curricular fue el más valorado por estudiantes y docentes en diversas consultas.

Queda claro que en el marco general del DC hay una centralidad en lo que se refiere a los fines que pretende la educación secundaria en general y a lo que pretende la orientación de modalidades en particular sin embargo en el DC se nombra la importancia de contar con una disciplina que aborde los temas de salud.

En el contexto de la pandemia de COVID-19 se ha visto que ante la falta de tratamientos preventivos, previo a la vacunación existente, el contagio pudo reducirse o evitarse en gran parte informando sobre las medidas de prevención adecuadas. Por lo tanto y por ello fue de gran importancia que los niños, niñas y adolescentes aprendieran los conocimientos adecuados para reducir los contagios y mejorar la seguridad en las escuelas. De manera que es un punto interesante que en los futuros nuevos diseños curriculares se

ponderen, como una manera de generar ciudadanía, los temas relacionados a la salud sobre todo las pandemias y las endemias presentes en la República Argentina.

4.1.2 Análisis del Diseño Curricular para la Educación Secundaria: Salud y Adolescencia

La materia Salud y Adolescencia en el Ciclo Superior de la Escuela Secundaria retoma desde su propuesta de enseñanza, temáticas que resultan necesarias y reconocidas como importantes para la formación de jóvenes y adolescentes. En coincidencia con los lineamientos planteados en las leyes de educación y los lineamientos del marco general de los DC, se presenta la materia como un acercamiento a problemas vinculados a temáticas de salud.

La materia presenta un enfoque que considera el concepto de salud como una construcción social y cultural y que considera a los jóvenes como sujetos portadores de conocimientos y prácticas no formales sobre temas de salud. De esta manera el enfoque de la materia apunta a construir saberes identificando y problematizando los conocimientos y prácticas que los jóvenes traen y aportando desde la materia nueva información y nuevos saberes y espacios de reflexión entre ellos bajo la supervisión del docente a cargo.

Acercando del objeto a ser enseñado el DC reconoce un vínculo entre la salud y la edad de los jóvenes, sus prácticas y riesgos que de a poco deja de recaer en los adultos responsables a cargo. De manera que el objeto enseñado se construye como una práctica social con fundamentación para posibilitar una creciente autonomía hacia la toma de decisiones saludables.

En cuanto a la generación de prácticas saludables y responsables, el DC explicita que la materia debe garantizar los espacios para la adquisición de saberes que posibiliten esas prácticas saludables y responsables en relación a la salud. Para alcanzar estos objetivos, se deben organizar espacios que faciliten la reflexión y que proporcionen los recursos para un análisis crítico de la situación de salud a nivel local. También desde la materia se busca impulsar un compromiso activo en la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Asimismo, se pretende que los

estudiantes dispongan de la información y los elementos de análisis necesarios para reconocer, exigir y fundamentar el acceso a la salud como un derecho humano. En este punto vemos aparecer por primera vez en el DC la figura de situaciones de salud local, vinculadas a la localidad y comunidad en la que se desarrolla el espacio curricular.

En relación a los contenidos de la materia Salud y Adolescencia, el DC orienta didácticamente sobre el abordaje de la asignatura a través del desarrollo de proyectos de investigación y extensión en relación a la promoción de la salud ya sea dentro de la escuela como en la comunidad de pertenencia por medio de campañas de promoción fundadas siempre mediante literatura científica acorde a la edad de los estudiantes con un abordaje interdisciplinario lo que revela la complejidad de los temas de salud de las propias comunidades.

El Diseño considera fundamental que el docente de Salud y Adolescencia genere las oportunidades para que los estudiantes puedan abordar temas que les resulten significativos en permanente articulación con sus intereses y los problemas propios de su comunidad de pertenencia.

Como se observa en los diferentes aspectos señalados dentro del DC de Salud y Adolescencia, como así también en el corpus de los contenidos a ser enseñado por el docente, no hay concepciones explícitas sobre la FHA pero, en los contenidos propuestos, el docente tiene la posibilidad de acercar la problemática de la FHA, ya que el módulo 4 plantea una serie de puntos que tiene que ver con el rol del Estado en torno a la salud de las patologías regionales y locales. También en las concepciones subyacentes sobre FHA se puede considerar al módulo 5 ya que plantea la participación activa de los jóvenes a involucrarse en las problemáticas sanitarias de sus propias localidades y con los distintos organismos sociales e institucionales que puedan interactuar con la institución escuela (Tabla 4).

Tabla 4

Contenidos propuestos y concepciones subyacentes sobre FHA presentes en el DC

Asignatura en la que se propone desarrollar	Contenidos propuestos	Concepciones subyacentes (se tienen en cuenta los determinantes sociales, culturales e históricos).
Salud y Adolescencia	<p>Módulo 4. Problema: el derecho a la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los jóvenes y el derecho a la salud: convenciones y leyes específicas que lo encuadran. • El derecho a la salud: la relación entre salud y desarrollo social. <p>Desarrollo histórico de la salud pública y comunitaria, sus objetivos y campos de acción. El acceso al sistema de salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El rol del Estado en la atención de la salud. El sistema sanitario argentino: conceptos, componentes, programas y proyectos para la atención de la salud. Articulación de atención a la salud en distintos niveles jurisdiccionales: nivel nacional, provincial y municipal. Identificación de organizaciones en estos niveles. • La articulación intersectorial para la atención de la salud: organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Las redes locales. • Patologías prevalentes regionales y locales: principales problemas de salud que se registran en el ámbito local. Búsqueda y análisis de la 	<p>Módulo 5. Problema: espacios de participación juvenil en la promoción y prevención de la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptos de promoción y prevención de la salud. Origen de la aps (Atención Primaria de la Salud). • Las prácticas saludables en la adolescencia y la juventud: diferencias sociales, históricas y culturales. • Los jóvenes y la salud comunitaria: elementos de caracterización de la situación de los jóvenes respecto de la salud de su comunidad. Sistema público de salud: información y acceso de los jóvenes a los servicios de salud. • Participación y compromiso de los jóvenes en la promoción de prácticas saludables: espacios y proyectos participativos en organizaciones sociales e instituciones de la sociedad civil. <p>Proyectos de promoción de la salud en la escuela.</p>

Asignatura en la que se propone desarrollar	Contenidos propuestos	Concepciones subyacentes (se tienen en cuenta los determinantes sociales, culturales e históricos).
	información disponible acerca de los mismos.	

El DC contempla que la salud no puede ser considerada como un conocimiento dentro del ámbito privado y exclusivo de la medicina y los profesionales de la salud. De manera que la salud traspasa este lugar de pertenencia y poder considerándola a la misma en construcción por diferentes grupos sociales, a los cuales pertenecen los adolescentes.

Por lo tanto, en el DC queda claramente entendido que la salud es un constructo social definido por distintos grupos, lo que nos lleva a pensar más allá del campo biológico. Se la concibe también desde una perspectiva social, considerando no solo las condiciones de vida (el ambiente social y ecológico), sino también las situaciones de injusticia social, como las condiciones socioeconómicas y las desigualdades en el acceso y la distribución de las posibilidades de vida.

En cuanto a la salud como un derecho, la misma se enmarca como un derecho humano fundamental y prioritario reconociéndose como una responsabilidad colectiva y una política pública, transformándola en un derecho exigible y un llamado al Estado para que lo garantice. Considerar la salud como un derecho humano fundamental significa exigir, al mismo tiempo, la obligación del Estado y la responsabilidad conjunta de la sociedad para implementar las acciones que permitan su plena realización.

Teniendo en cuenta esto último, la escuela, el aula y la comunidad educativa, donde se insertan las mismas, deben pensarse como espacios en el cual los adolescentes pueden aprender a posicionarse como actores en la promoción de la salud. Esta visión sostiene que los propios jóvenes son capaces de identificar sus problemas y desarrollar estrategias para optimizar su calidad de vida. Este proceso no se da en solitario, sino a través del diálogo

con las iniciativas estatales, otras organizaciones (sobre todo otras instituciones educativas) y los adultos.

Para cumplir con esto el DC deja en claro que se necesitan adultos que escuchen e involucren a los adolescentes en las políticas y en las prácticas de salud promoviendo acciones conjuntas para transformar las realidades adversas trabajando desde la promoción de la salud, convirtiendo a los estudiantes, no como receptores pasivos de políticas vinculadas a la salud sino como ciudadanos responsables, comprometidos y participativos. Para ello se requiere contemplar el cómo se enseña, y el qué se enseña.

Desde esta perspectiva, este DC forma a alumnos como promotores de salud lo cual nos desafía a preguntarnos cómo pensar la promoción de la salud en y desde la escuela. Básicamente como un proceso de formación, de responsabilización del individuo a fin de que adquiera los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, como un intento de responsabilizar al alumno y de prepararlo para que, progresivamente, adopte un estilo de vida lo más sano posible y conductas positivas de salud. Una escuela en la cual algunos de sus actores se posicionan de este modo es una escuela que se transforma en promotora de salud facilitando la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable para la salud y desde un enfoque integral y abarcativo, fortaleciendo el bienestar institucional y sus relaciones con la comunidad.

La OPS en el 2018 editó un manual titulado: "Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una EPS?"

Este proyecto propone emplear metodologías que apunten a la inclusión de la educación para la salud como un eje transversal en el trabajo cotidiano en las aulas y en la escuela proponiendo cooperación con organizaciones de salud para lograr un intercambio que identifique problemas de salud, cómo abordarlos fomentando una actitud crítica y participativa en los estudiantes.

Este abordaje implica que la escuela reflexione sobre sus finalidades cambiando el sentido de la enseñanza de sus contenidos tratando que a partir de lo que se enseña y lo que se aprende, la escuela tenga un sentido para la vida de las personas.

El documento deja bien explícito que: “Las problemáticas de salud actuales resultan tan complejas que desbordan ampliamente las posibilidades de una disciplina. El abordaje transversal es una alternativa que permite incluirlas en la escuela como parte de la currícula y no solo en las conversaciones informales o en eventos esporádicos” (OPS, 2018, p.32).

Esta mirada implica que los contenidos sean organizados en base a las distintas problemáticas de salud de la realidad otorgándole sentido (Busquets et al, 1995)

Cuando se tiene esta perspectiva la asignatura dedicada a la salud deja de ser una disciplina aislada que transmite información, sino que adquiere un sentido de herramienta para el abordaje de las problemáticas de salud de manera integral.

Se propone que las temáticas de salud seleccionadas se aborden en términos positivos y como un valor que se desea lograr. Sergio Meresman (1995) tomado por Bejarano Ortiz. et al. (2006) considera que: mediante un marco de salud positivo y promoviendo oportunidades saludables en las escuelas, buscamos trascender la simple transmisión de normas y la mensajería defensiva centrada en 'lo que se debe evitar'. La alternativa es forjar una cultura del cuidado.

El documento considera que cualquier problemática de salud se puede abordar con el EPS revisando no solo el tema de abordaje (qué) sino las estrategias (cómo) a realizar contemplando el contexto de la escuela (social, económico, cultural, etc.) y ajustarse al mismo.

A su vez en el documento se presentan estudios y experiencias internacionales que la integración de la EPS a la vida escolar es a través de su incorporación progresiva en el PI, fundamental para lograr que las problemáticas de salud atraviesen a toda la institución y la vida escolar procurando que los/as docentes comprendan y le encuentren sentido a esta modalidad de trabajo incorporada en el PI.

4.1.3 Análisis del Diseño Curricular Provincia de Buenos Aires Profesorado para el Tercer Ciclo de la EGB y la Educación Polimodal de Biología con Trayecto en Ciencias Naturales

El DC del Profesorado de Tercer Ciclo de la EGB y de la Educación Polimodal en Biología Res. N° 13259-99 Modificada por Res. N° 3581-00 contempla los dos primeros años de formación común para los Profesorados de Biología, Física y Química que a partir del año 2006 con la nueva ley de Educación Nacional 26206 y luego ratificada en la ley de Educación Provincial N° 13.688 pasó a ser educación secundaria aunque los planes de estudio siguen en vigencia. En los dos primeros años se desarrollan contenidos que serán base para la construcción del Área de Ciencias Naturales. Según este diseño en los dos años siguientes, se ofrecen espacios de formación complementaria a la adecuada formación en la especialidad elegida, en función de los requerimientos interdisciplinarios del conocimiento en la actualidad. Los últimos dos años según la disciplina que se elija, los contenidos serán retomados, con un nivel de mayor profundidad.

La fundamentación anterior nos coloca en una formación docente dentro de una gran área como son las Ciencias Naturales, esta estructuración garantiza, simultáneamente, el dominio de la propia disciplina y la idoneidad del Área.

Si hacemos un análisis detallado de las disciplinas, los contenidos y las expectativas de logro de los dos ciclos, el básico o troncal (a los tres profesorados) y el ciclo de profundización, vemos que no existen disciplinas, ni contenidos referidos exclusivamente a temas de salud. Únicamente se observa en el segundo año del ciclo básico en la materia Biología y Laboratorio II y en el ciclo específico en la materia Biología Humana con los siguientes contenidos referidos a Salud: “El organismo humano. Nociones sobre estructura y función de los aparatos y sistemas. Genética humana. Enfermedades de los distintos sistemas. Registro de información. El sistema inmune. Alcoholismo, drogodependencia” (Res. N° 13259-99 Modificada por Res. N° 3581-00).

No existe una asignatura que aborde la salud como una disciplina específica pero sí existen espacios de definición institucional (EDI) donde se puede agregar o profundizar

temáticas específicas, sin aclarar cuáles materias se podrían incluir. En el caso de la carrera de profesorado de Biología del ISFDyT N° 122 se optó desde el año 2002 en el EDI correspondiente a 4º año la asignatura: Salud.

El análisis de los contenidos de este DC es complejo y, en general, constituye un campo de difícil percepción ya que los contenidos y expectativas de logro son escuetos y de forma general.

Cristina Davini (2008) reconoce una frecuente queja de que las instituciones de formación docente no preparan a los profesores que las escuelas requieren. La autora invita a la importante tarea de preguntarse: "cuáles son los ámbitos institucionales que "forman" a los/as docentes, en cuanto ambientes de modelación de las prácticas y del pensamiento, de instrumentación de estrategias de acción técnico-profesionales y de desarrollo de las formas de interacción socio profesionales", (p.79).

Asimismo, la autora analiza el isomorfismo entre la formación docente y el nivel secundario, acerca de la escasa distancia que restringe la constitución alternativa en procesos de enseñanza, de participación y aprendizaje que podrían dinamizar la modificación de los procesos en las escuelas destino (Davini, 2008)

La falta de revisión de los planes de estudio de los profesorados de la provincia enmarcados en la antigua ley federal de educación de 1994, muestra también ese isomorfismo con los contenidos que se pretenden enseñar en las escuelas secundarias, en vez de hacer un recorte disciplinario y problematizador de las temáticas actualizadas en los respectivos campos de estudio (Braslavsky y Birgin, 1992; Davini, 2008).

Cabe preguntarse aquí si son los DC de los institutos de formación docente el obstáculo para reflexionar estrategias para ayudar a los adolescentes a pensarse dentro de su comunidad, con las problemáticas específicas que las mismas presentan y como futuros ciudadanos con potencial de resolver los problemas de la misma comunidad.

Para lograr esto, los futuros docentes deben pensarse de igual manera, como ciudadanos miembros involucrados en una comunidad con problemáticas específicas e imaginando formas de intervención en sus prácticas docentes que impacten

significativamente en sus estudiantes. Docentes formados con una perspectiva preventiva para evitar los problemas de salud mediante el propio control de las situaciones de riesgo, o bien, evitando sus posibles consecuencias. Siendo estos los principales promotores de salud con la potencialidad de poder capacitar a la población para que pueda adoptar formas de vida saludables. Esta forma de habitar el mundo, esta forma de ver la realidad, este compromiso con su propia comunidad hace impensado ignorar los problemas específicos, la construcción de discursos y la posibilidad de acción de la FHA, enfermedad endémica y relevante y con un alto contenido histórico y social.

En resumen, al analizar el DC del Profesorado de Educación Secundaria en Biología —titulación que posee la mayoría de los/as docentes que dictan la asignatura Salud y Adolescencia en la escuela secundaria— se advierte que no existe aún un espacio curricular específico dedicado a la salud. Esta ausencia podría deberse a que dichos diseños, elaborados en 1999, no han sido actualizados tras la sanción de la nueva Ley de Educación Nacional N.º 26.206 en el año 2006.

Es esencial que existan futuros docentes formados sólidamente en salud dentro de la comunidad a la que pertenecen, ya que su impacto a través de en su labor educativa, no solo es fundamental para fomentar hábitos para una vida saludable sino como agentes potenciadores de una escuela saludable que trabajen a la par y coordinadamente con otros actores especialistas en salud en la prevención de enfermedades como también en la promoción de la salud de toda la comunidad educativa a la que pertenecen.

4.1.4 Análisis de las Planificaciones Pedagógicas en el Profesorado

Se hicieron los análisis de las diferentes planificaciones en asignaturas correspondiente al Profesorado de Tercer Ciclo de la EGB y de la Educación Polimodal en Biología con trayecto en Ciencias Naturales, esas asignaturas fueron: Biología y laboratorio II, Biología Humana y EDI II orientado en Salud. O sea, un total de tres planificaciones docentes anuales correspondiente a cuatro asignaturas de diferentes años de la carrera docente. Los documentos fueron examinados para completar la tabla 5:

Tabla 5

Análisis de tres planificaciones de asignaturas correspondiente al Profesorado de Tercer Ciclo de la EGB y de la Educación Polimodal en Biología con trayecto en Ciencias Naturales

Partes de la Planificación Pedagógica	Números de planificaciones que aparece la palabra FHA	Número de planificaciones que se hace alusión al INEVH
Fundamentación	0	0
Objetivos o Expectativas de logro	0	0
Propósitos	0	0
Contenidos Propuestos	0	0
Intervención Didáctica o Estrategias	0	0
Recursos	0	0
Actividades propuesta	0	0
Evaluación	0	0
Bibliografía propuesta	0	0
Proyectos de investigación y Extensión	0	0

La ausencia de menciones a la FHA o al INEVH en las planificaciones analizadas puede comprenderse a la luz de distintos enfoques teóricos sobre la formación docente. Liliana Sanjurjo (2002) sostiene que dicha formación es un proceso continuo de apropiación de creencias, teorías y saberes prácticos que se articulan a lo largo de la biografía escolar, en interacción con las experiencias personales, la formación inicial, el trabajo con colegas, la materia que se enseña y los espacios de perfeccionamiento. En esta misma línea, Cecilia Gangli (2019) realiza un recorrido por diversos autores que explican el peso que tienen las experiencias previas en la construcción de la identidad docente. Retoma, por ejemplo, a Lortie (1975), quien argumenta que gran parte del aprendizaje profesional se da por observación, ya que los/as docentes han pasado muchas horas como alumnos

internalizando modelos pedagógicos. También menciona a Wright (1959) y a Connell (1985), quienes plantean que los/as docentes tienden a reproducir, muchas veces de manera inconsciente, aquellas prácticas que vivenciaron como estudiantes. Por su parte, Gangli (2019) destaca los aportes de Ángel Pérez Gómez (1997), quien señala que los conocimientos adquiridos durante la formación de grado tienen escasa relevancia frente a las experiencias concretas del trabajo docente, prevaleciendo el conocimiento práctico vinculado a la cultura escolar. Además, indica que el futuro docente tiende a reproducir estilos de enseñanza aprendidos por observación, legitimados en un determinado contexto sociocultural.

Desde esta perspectiva, resulta comprensible que una enfermedad como la FHA, que ha tenido baja visibilidad social en las últimas décadas debido al impacto positivo de las políticas de prevención, no sea reconocida como un contenido relevante por los formadores ni por los/as futuros docentes. La escasa circulación de información sobre esta problemática en los espacios de formación impide que se la integre en proyectos pedagógicos significativos. Esta situación refleja no solo la falta de vinculación entre el campo de la salud y el educativo, sino también una oportunidad para revisar críticamente los planes de estudio de los profesorado. Incorporar contenidos que aborden problemáticas sanitarias locales, aunque no estén presentes en la experiencia inmediata, resulta clave para formar docentes comprometidos con la realidad de sus territorios y capaces de promover una educación en salud situada, integral y transformadora.

4.1.5 Análisis de los Proyectos Educativos Institucionales

Uno de los principales obstáculos encontrados al momento de analizar los PI fue la falta de disponibilidad y actualización de estos documentos. En la mayoría de las IE relevadas, los PI no estaban accesibles, no se encontraban archivados o estaban desactualizados, con versiones que remiten a más de diez años atrás. A pesar de estas dificultades, se logró acceder a cuatro PI en formato físico, los cuales fueron analizados con el objetivo de identificar si la FHA aparecía de forma explícita o subyacente en proyectos de cátedra, participaciones en ferias de ciencias, actividades de articulación con organismos

municipales, provinciales o nacionales, y en visitas o salidas educativas. En ninguno de estos documentos se halló mención alguna a la FHA.

Esta ausencia expresa que la visión y misión institucionales de las escuelas analizadas no contemplan la problemática sanitaria en cuestión, ni como eje de formación integral del estudiantado, ni como contenido para el desarrollo de competencias orientadas a la promoción de la salud. En consecuencia, las instituciones pierden la posibilidad de definir un rumbo común y de orientar sus acciones en función de las necesidades particulares de su comunidad educativa. Como plantea Cháves (1995), el PI debe constituir un mapa de proyectos específicos orientados a resolver problemas institucionales, expresando los principios, objetivos y la estructura organizativa que la escuela adopta para alcanzarlos.

En este contexto, el abordaje de la FHA podría quedar delegado, en el mejor de los casos, a la iniciativa individual de algunos docentes, o incluso a instancias extraescolares como los entornos familiares. Esta omisión limita significativamente el alcance y la efectividad de cualquier propuesta educativa, ya que cuando una institución define estratégicamente ciertos temas como prioritarios —como podría ser la FHA en zonas endémicas—, se habilitan enfoques, metodologías y recursos institucionales que fortalecen y legitiman el trabajo pedagógico en el aula. Además, esa incorporación explícita permite una retroalimentación institucional más sólida mediante la supervisión de los proyectos, su evaluación y ajuste continuo.

Ander Egg y Aguilar (1997) definen los PI como un conjunto de actividades articuladas entre sí, orientadas a satisfacer necesidades o resolver problemas concretos, dentro de los límites de un presupuesto y un período de tiempo determinado. En este sentido, el PI constituye una herramienta clave para otorgar identidad a una escuela, en tanto es capaz de traducir las intenciones pedagógicas de toda la comunidad educativa en un plan estratégico. Elaborado de manera participativa, el PI representa una oportunidad para reflexionar sobre la finalidad educativa de la institución, definir sus valores y establecer un rumbo claro hacia la mejora continua de la calidad educativa. En este marco, su omisión

respecto a problemáticas socio-sanitarias locales constituye una oportunidad perdida para integrar saberes relevantes y contextualizados, que fortalezcan la formación ciudadana y la educación en salud desde una perspectiva situada que respondan a las demandas reales de las comunidades del distrito de Pergamino.

4.1.6 Análisis de las Planificaciones Pedagógicas Áulicas Anuales de Salud y

Adolescencia

Se hicieron los análisis de las diferentes planificaciones en la asignatura Salud y Adolescencia correspondiente al 4° año de la Educación Secundaria. Se relevó un total de 24 planificaciones docentes anuales correspondiente a los establecimientos educativos destinos. Los documentos fueron examinados para completar la siguiente tabla:

Tabla 6

Análisis de 24 planificaciones en la asignatura Salud y Adolescencia correspondiente al 4° año de la Educación Secundaria

Partes de la Planificación Pedagógica	Números de planificaciones que aparece la palabra FHA	Número de planificaciones que se hace alusión al INEVH
Fundamentación	0	0
Objetivos o Expectativas de logro	0	0
Propósitos	0	0
Fundamentación	0	0
Objetivos o Expectativas de logro	1	0
Propósitos	0	0
Contenidos Propuestos	1	0
Intervención Didáctica o Estrategias	0	0
Recursos	0	0
Actividades propuesta	0	0
Evaluación	0	0
Bibliografía propuesta	0	0

Partes de la Planificación Pedagógica	Números de planificaciones que aparece la palabra FHA	Número de planificaciones que se hace alusión al INEVH
Proyectos de investigación y Extensión	0	1

Del análisis de las 24 planificaciones pedagógicas anuales, se observa que la presencia de la FHA es muy limitada: solo se la menciona una vez en los objetivos y en los contenidos propuestos, y se alude al INEVH en un único caso, dentro de un proyecto de investigación o extensión. Esta baja visibilidad de la FHA en las planificaciones sugiere una limitada integración de esta problemática en la enseñanza formal, a pesar de tratarse de una enfermedad endémica con fuerte impacto histórico y territorial.

Una posible explicación se encuentra en el vínculo entre la formación docente y la construcción de la planificación. Las perspectivas disciplinares de origen de los/as docentes inciden directamente en los enfoques y contenidos priorizados. Por ejemplo, en planificaciones elaboradas por docentes de formación en psicología (habilitados para dar Salud y Adolescencia), predomina un abordaje de la salud desde lo psicosocial, mientras que en las de profesores de biología, el énfasis suele situarse en aspectos biológicos, pero no necesariamente clínicos ni epidemiológicos. Esto último podría aparecer con más fuerza en docentes formados en medicina o enfermería, lo cual refuerza la idea de que las prácticas de enseñanza están influidas por la formación y experiencia profesional previa.

Sin embargo, sería una lectura reduccionista evaluar el tratamiento de los contenidos exclusivamente desde lo que figura en una planificación anual. Si bien este documento constituye una herramienta clave para los equipos de conducción de las IE, que esperan en él una garantía del cumplimiento del DC, la práctica docente real en el aula puede alejarse significativamente de lo planificado. Tal como señala Gangli (2019), el aula es un espacio dinámico e impredecible, donde los intereses y aportes de los estudiantes transforman la enseñanza en una construcción conjunta que muchas veces escapa a lo

previsto. En este sentido, sólo mediante observaciones sistemáticas y seguimiento pedagógico por parte del equipo directivo es posible acercarse a lo que efectivamente ocurre en clase.

Jackson (1998) distingue tres momentos en el proceso de enseñanza: la fase preactiva, que tiene lugar antes de la clase y se asocia a la planificación y reflexión; la fase interactiva, correspondiente al desarrollo de la clase, caracterizada por decisiones intuitivas y muchas veces impulsivas frente a situaciones emergentes; y la fase postactiva, donde el docente evalúa lo ocurrido y reflexiona sobre su práctica. La enseñanza preactiva está determinada por los saberes, las concepciones pedagógicas y el contexto institucional del docente, pero entre lo planificado y lo efectivamente realizado en el aula se abre un espacio incierto, influido por múltiples factores. La fase postactiva, en cambio, representa una oportunidad para que el docente reconozca y revise las teorías implícitas que guían su práctica, a partir de procesos de autoobservación y reflexión (Gangli, 2019).

Desde esta perspectiva, la escasa presencia de la FHA en las planificaciones analizadas podría no reflejar completamente su ausencia en el aula, aunque sí evidencia una falta de sistematización y formalización de su abordaje. Esto refuerza la necesidad de revisar tanto las planificaciones como las prácticas reales, promoviendo instancias de formación continua que favorezcan una enseñanza en salud situada, integral y atenta a los desafíos del contexto.

El DC enfatiza que es fundamental que el docente genere oportunidades para que los y las estudiantes aborden temas significativos, propiciando así una articulación entre sus intereses personales y los problemas de su contexto. No obstante, al contrastar estas orientaciones con las planificaciones anuales analizadas, se evidencia una débil presencia de problemáticas comunitarias específicas, como la FHA. Esta omisión no sólo plantea una distancia entre el DC y la práctica docente, sino que también evidencia la necesidad de fortalecer tanto la formación inicial como la capacitación continua de los/as docentes, promoviendo la reflexión crítica sobre las enfermedades de importancia local.

El DC revisado aborda la salud desde múltiples enfoques —biológico, biomédico, psicológico, social y jurídico—, pero en las planificaciones prevalece una perspectiva fragmentada, sin integrar concepciones históricas, sociales o comunitarias. Esta situación puede deberse, en parte, a que muchos docentes no realizaron una lectura detallada del DC específico de la asignatura, y organizan sus contenidos a partir de su propia formación de base. Es importante destacar que los y las docentes participantes de este estudio no recibieron, durante su formación de grado, un espacio curricular dedicado a la FHA. Seguramente, sus conocimientos sobre el tema fueron adquiridos por interés personal, mediante capacitaciones aisladas o lecturas individuales. Esta falta de formación específica se refleja directamente en las planificaciones y representa una posible limitación para abordar con profundidad una problemática de salud clave en la región.

4.2 Análisis de los Libros de Texto de Salud y Adolescencia

El análisis de los libros de texto resulta fundamental, dado su uso extendido en las aulas y su influencia en lo que se enseña y en cómo se enseña (Parcerisa Arán, 1996). No prestar atención a esta herramienta implica ignorar una parte significativa del tiempo educativo, ya que, a pesar del avance tecnológico, la práctica escolar sigue apoyándose mayoritariamente en los libros de texto (Cabero, Duarte & Barroso, 1989; García Mateos & Caballero García, 2005).

Fernández Palop y Caballero García (2017) retoman a Cintas Serrano (2000), quien sostiene que en la práctica docente, muchas veces, no es el profesor quien diseña el currículum, sino que esta tarea se delega en las editoriales. De este modo, los libros marcan el rumbo de la enseñanza en numerosos cursos, ejerciendo una influencia decisiva dentro del aula. Arán (1996) afirma que los libros de texto condicionan de manera importante el tipo de enseñanza que se realiza, dado que muchos docentes los utilizan de forma cerrada, adaptándose al currículum que estos proponen tanto en contenidos como en metodologías.

A pesar de su poder e incidencia en la práctica docente, diversos autores advierten que el libro de texto no reemplaza al docente. Tal como expresa Cockcroft (1985), “ningún

libro de texto, por bueno que sea, será un instrumento de validez universal; siempre habrá que emprender actividades adicionales de índole muy diversa”, (p.114).

Para este análisis se tomaron seis libros de texto, de distintas editoriales, utilizados en la asignatura Salud y Adolescencia, y se los examinó según las categorías metodológicas detalladas en la Tabla 2. Se evaluó la presencia de contenidos relacionados con la FHA, su distribución temática y el tipo de tratamiento que reciben, tanto desde el texto como desde las actividades sugeridas, ilustraciones y propuestas didácticas.

Tabla 7

Análisis de libros de texto de diferentes editoriales.

Categoría	Modalidad	Ed # 1	Ed # 2	Ed # 3	Ed # 4	Ed # 5	Ed # 6
		Santillana	Maipue	SM	Mandioca	Puerto de Palos	Gram Editora
Evocación de la enfermedad	Definición (denominación)	No	No	No	No	No	No
	Ejemplificación	No	No	No	No	No	Sí
	Descripción	No	No	No	No	No	No
	Comparación	No	No	No	No	Sí	No
	Clasificación	Sí	No	No	No	No	No
	Causalidad	No	No	No	No	No	No
	Referencia histórica	No	No	No	No	No	No
Actividades	Experimentos	No	No	No	No	No	No
	Reflexiones	No	No	No	No	No	No
	Revisión de conceptos	No	No	No	No	No	No
	Indagación sugerida a los estudiantes	No	No	No	No	No	Sí
	Lecturas complementarias	No	No	No	No	No	No
	Propuesta didáctica	No	No	No	No	No	No
Análisis de ilustraciones	Secuencia didáctica con ilustraciones	No	No	No	No	No	No
	Iconicidad	No	No	No	No	No	No

Categoría	Modalidad	Ed # 1	Ed # 2	Ed # 3	Ed # 4	Ed # 5	Ed # 6
		Santillana	Maipue	SM	Mandioca	Puerto de Palos	Gram Editora
	Funcionalidad	No	No	No	No	No	No

Los libros de texto tienen un rol clave como instrumentos educativos. Según Muedra Peris et al. (2020), y tal como lo plantea la UNESCO (2016), cumplen una función central en el aprendizaje, facilitando el acceso a la educación. Horsley y Lambert (2001) identifican tres usos principales: como fuente de contenido, como guía en la práctica docente y como herramienta para promover el pensamiento crítico. Este último uso se convierte en un criterio fundamental para su selección (Borries, Körber y Meyer-Hammer, 2006).

Diversos estudios sostienen que no se debe renunciar al libro de texto, sino más bien conocer sus fortalezas y debilidades (Braga y Belver, 2014). En esta línea, Fernández Palop y Caballero García (2017) analizan los argumentos a favor y en contra de su uso como recurso didáctico, y se preguntan si estos materiales potencian o dificultan el proceso de enseñanza-aprendizaje. Retoman a Prendes (1994), quien sostiene que "el problema no está en el medio en sí, sino en el uso que se haga de él. Así, el libro puede ser un vehículo para la reflexión y el aprendizaje significativo, o bien un instrumento que limite y rigidice la enseñanza" (p. 206).

Entre las críticas más frecuentes se señala que los contenidos de los libros suelen responder a decisiones editoriales con sesgo ideológico, reduciendo la experimentación y la construcción activa del conocimiento por parte del alumnado. Esto favorece, muchas veces, una enseñanza basada en la repetición y la memorización (Cabero et al., 1995). Sin embargo, otros autores destacan aspectos positivos. Mascaró Florit (1995) remarca que los libros de texto contienen información pública, abierta a todos, lo que facilita el análisis y seguimiento del proceso educativo. Además, su estructura organizada permite contrarrestar la desinformación mediática a la que están expuestos los estudiantes. También destaca que muchas editoriales han comenzado a incorporar propuestas pedagógicas más innovadoras, en línea con los nuevos enfoques de calidad educativa.

No obstante, este potencial sólo se alcanza si el docente mantiene una postura crítica y reflexiva. Como advierte Cassany (1995), el contenido del libro no debe asumirse como absoluto ni independiente de las personas. Es necesario evitar la fascinación por las estrategias de marketing editorial (Caputti, 2021) y comprender que cada libro constituye apenas una versión posible de la realidad (Rottemberg y Anijovich, 2000).

El presente relevamiento permitió constatar que ninguno de los libros analizados aborda la FHA con la profundidad y complejidad que requiere una enfermedad endémica de relevancia regional. La ausencia o minimización del tratamiento de esta temática refleja un fenómeno de invisibilización curricular, lo que genera una visión parcializada de la realidad sanitaria y limita el acceso a saberes relevantes para el contexto local.

Esta omisión puede interpretarse en términos de currículum nulo, es decir, aquellos contenidos que son deliberadamente excluidos del DC. A su vez, se vincula con el currículum oculto, en tanto los libros transmiten mensajes implícitos que reproducen la jerarquización de ciertas enfermedades por sobre otras, favoreciendo aquellas con mayor presencia mediática, como el dengue, zika o chikungunya, aunque estas tampoco están desarrolladas en profundidad.

Frente a esto, se vuelve indispensable el compromiso de las editoriales para integrar los contenidos sanitarios con un criterio más federal y situado, considerando las realidades epidemiológicas de distintas regiones del país. Si bien en algunos textos se observan referencias a enfermedades locales —incluso con cierto nivel de análisis—, estas parecen responder más a cuestiones coyunturales o de moda que a un enfoque pedagógico planificado y contextualizado.

Cabe destacar una excepción significativa: uno de los libros analizados, correspondiente a la editorial #6 (Gram Editora), elaborado por un docente oriundo de Pergamino, incluye actividades de reflexión, integración y debate sobre las fiebres hemorrágicas y menciona al INEVH “Dr. Julio I. Maiztegui”. Este ejemplo evidencia que, cuando existe un compromiso local y profesional, es posible incorporar estos contenidos con sentido pedagógico y relevancia territorial.

4.3 Análisis Cuantitativo y Cualitativo de la Información Reunida a través de las Encuestas CAP

La muestra está compuesta por 37 docentes de nivel secundario. Incluye tanto a profesores de la asignatura Salud y Adolescencia, materia que reemplazó a lo que históricamente fue Higiene y posteriormente Educación para la Salud (asignaturas que han dado un tratamiento a los problemas de salud), como a otros que potencialmente podrían dictarla por poseer título habilitante. Esta decisión se debió a que la materia Salud y Adolescencia se dicta en un único año y que quienes la tienen a cargo muchas veces trabajan en una única institución. Las preguntas de la encuesta pretendían ir más allá de las planificaciones anuales analizadas y relevar si los profesores sabían acerca de la FHA.

En cuanto a la edad, el 78% de los participantes tenía entre 21 y 39 años, correspondiendo al rango de jóvenes y jóvenes adultos. El resto se distribuyó entre un 19% de adultos entre 40 y 55 años, y un 3% mayores de 55 años (Tabla 8). La edad promedio estimada se encuentra alrededor de los 32 años.

En relación a la formación académica, se observó una clara predominancia de docentes con título de Profesor en Biología (88%), mientras que el resto provino de áreas de la salud (medicina y enfermería) y de humanidades (psicología y sociología). Este dato resulta esperable, dado que la asignatura suele ser dictada por docentes de Biología (Tabla 8).

Tabla 8

Distribución de las características generales de la muestra de docentes, 2020 (n=37)

Características generales	n	(%)
Edad, años		
21-29	13	36
30 a 39	15	42
40 a 55	7	19
> 55	1	3
Área Académica		
Educación: Profesorado de Biología	32	88

Características generales	n	(%)
Ciencias de la Salud: Medicina	2	6
Ciencias de la Salud: Enfermería	1	2
Humanidades y Ciencias Sociales: Psicología	1	2
Humanidades y Ciencias Sociales: Sociología	1	2

Un hallazgo relevante fue la correlación entre la edad del docente y su conocimiento de personas que hayan contraído FHA. En el grupo de mayor edad (40-55 años), el 75% manifestó conocer personas que atravesaron la enfermedad. Esta proporción desciende al 62% en el grupo de 30 a 39 años, y cae al 23% en el grupo más joven (21 a 29 años). Esta tendencia puede explicarse por la disminución de casos registrados en las últimas décadas debido a los avances en prevención, lo que contribuyó a una menor circulación de información sobre la FHA en la sociedad y, en consecuencia, a una menor percepción de riesgo o relevancia por parte de los/as docentes más jóvenes.

Este fenómeno es coherente con lo que se conoce como silenciamiento social de enfermedades, en el que, al reducirse la incidencia y presencia mediática, las enfermedades pierden lugar en el imaginario colectivo, lo que repercute también en su presencia en las aulas.

En el presente trabajo se optó por utilizar una encuesta CAP porque permite recopilar datos cuantitativos estandarizados, ajustados a los objetivos específicos de esta investigación: conocer qué saben los/as docentes sobre la FHA, qué piensan al respecto y cómo actúan frente a dicha problemática. Esta herramienta, además, posibilita detectar posibles vacíos de información, creencias culturales que puedan obstaculizar el abordaje pedagógico del tema o prácticas institucionales que favorezcan o limiten la inclusión de la FHA en el ámbito educativo.

El análisis de esta información no solo aporta evidencia empírica sobre la percepción docente, sino que también puede resultar de utilidad para los equipos técnicos y comunitarios que trabajan en la prevención de la FHA, permitiendo identificar obstáculos,

establecer prioridades, planificar estrategias pedagógicas o comunicacionales más eficaces, y asignar recursos de manera más eficiente en función de las necesidades detectadas.

4.3.1 Tomar la Decisión de Realizar una Encuesta CAP. Fortalezas y Limitaciones

La decisión de implementar una encuesta CAP en esta investigación se sustentó en la necesidad de obtener información cuantitativa clara, objetiva y comparable sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los/as docentes en relación con la FHA. Frente a otras metodologías posibles, la encuesta CAP ofrecía ventajas concretas: permitía acceder a una muestra amplia, sistematizar los datos recogidos mediante un cuestionario estructurado y analizar las respuestas en función de variables sociodemográficas clave, como edad, formación académica o experiencia profesional.

Además, se consideró que este instrumento respondía adecuadamente a los objetivos de la investigación, en tanto facilitaba identificar tanto las representaciones que los/as docentes poseen sobre la FHA como los factores que podrían estar incidiendo en su inclusión —o exclusión— en el tratamiento pedagógico de los contenidos escolares. La elección de esta herramienta también contempló criterios de viabilidad, dado que el formato de encuesta permite una recolección de datos eficiente en términos de tiempo y recursos, y puede replicarse en futuras mediciones para realizar comparaciones.

Por último, tomar esta decisión implicó también una definición epistemológica: reconocer que, si bien el fenómeno educativo es complejo y puede requerir enfoques cualitativos para su comprensión profunda, el uso de una encuesta CAP permite visibilizar patrones, tendencias y vacíos desde una perspectiva cuantitativa útil tanto para el análisis académico como para la formulación de políticas públicas y estrategias de intervención en salud escolar.

Si bien las encuestas CAP son una herramienta útil para relevar información cuantitativa en una población determinada, presentan algunas limitaciones metodológicas que deben ser tenidas en cuenta al momento de interpretar los resultados. Una de las principales limitaciones es que no permiten establecer relaciones causales. Es decir, aunque se identifiquen asociaciones entre variables —por ejemplo, entre nivel educativo y

ciertas prácticas sanitarias—, no puede afirmarse que una variable sea la causa directa de la otra.

Como advierte Launiala (2009), las encuestas CAP no explican por qué las personas adoptan determinados comportamientos, sino que sólo muestran correlaciones. Por este motivo, es imprescindible complementar sus resultados con otras fuentes de información —cuantitativas, cualitativas o participativas— que permitan construir una comprensión más profunda y matizada del fenómeno estudiado, especialmente cuando se pretende comprender relaciones de causa y efecto.

4.3.2 Interpretación de las Conclusiones y Presentación de los Datos

La interpretación de los resultados de una encuesta CAP requiere una articulación cuidadosa entre los objetivos planteados en el diseño de la herramienta, los datos obtenidos y el marco teórico y contextual que orienta el análisis. Como señala Holman (2012), la forma en que se vinculan las conclusiones con los objetivos del estudio y con el rol del actor que analiza los datos es determinante para su correcta interpretación, presentación y posterior utilización.

Los resultados deben presentarse en un formato accesible y comprensible para los destinatarios, lo que implica seleccionar, sintetizar y organizar la información más relevante de acuerdo con sus intereses y necesidades. Esto favorece su apropiación por parte de actores clave y su potencial uso para la toma de decisiones (Holman, 2012).

En el presente estudio, además de los resultados sociodemográficos ya presentados, la encuesta CAP permitió realizar un análisis descriptivo básico de las variables principales relacionadas con los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a la FHA, así como identificar observaciones adicionales surgidas durante el proceso de relevamiento.

A continuación, se ofrece una interpretación de los datos obtenidos, apoyada en ejercicios de validación con actores clave del contexto local y miembros de la población encuestada. Los resultados se presentan por medio de gráficos e información

sistematizada, con el fin de facilitar su lectura, análisis y aplicación en futuras acciones educativas y sanitarias.

4.3.3 Conocimientos Acerca de la FHA

No existe una única definición de la palabra conocimiento. Existen múltiples perspectivas desde las cuales puede abordarse este concepto, que ha sido estudiado por diversas ramas de la filosofía, como la gnoseología, la epistemología y la teoría del conocimiento. Todas ellas analizan las posibles formas de relación entre el sujeto cognoscente y el objeto de conocimiento.

De forma general, el conocimiento puede entenderse como un conjunto de información o hechos adquiridos por una persona a través de la educación formal o de la experiencia, lo que implica una incorporación teórica y/o práctica de la realidad. También puede referirse al contenido específico de un campo disciplinar, y responde a interrogantes fundamentales cómo: ¿por qué?, ¿cómo?, ¿cuándo? y ¿dónde? ocurren los fenómenos del mundo.

En el marco de esta investigación, y con fines operativos, se definirá “conocimiento” como el nivel de concienciación y comprensión que tienen los/as docentes en relación con un tema específico. En este caso, se evaluó su conocimiento sobre la FHA, incluyendo aspectos biológicos, epidemiológicos y de riesgo asociados a la enfermedad.

Los resultados obtenidos a partir de la encuesta CAP sobre conocimientos fueron organizados en tres bloques temáticos:

1. Conocimientos generales sobre la enfermedad
2. Conocimientos sobre medidas de prevención
3. Conocimientos sobre el tratamiento de la FHA

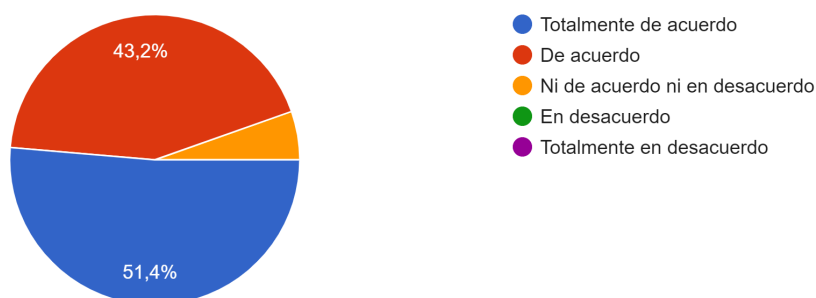
Esta clasificación permitió reunir un conjunto representativo de datos sobre la comprensión de los/as docentes encuestados acerca de la FHA, a partir de sus respuestas a distintos tópicos vinculados a la problemática.

Uno de los primeros interrogantes planteados fue la relación entre la FHA y el "mal de los rastros", denominación popular históricamente utilizada para referirse a la

enfermedad. El 94,6 % de los encuestados reconoció correctamente que ambos términos aluden a la misma patología, mientras que un 6,4 % adoptó una postura neutral o expresó desconocimiento respecto de dicha asociación (Figura 20).

Figura 20

Grado de acuerdo con la siguiente frase: Hay relación entre el mal de los rastrojos y la FHA



Los resultados muestran que una gran mayoría de los/as docentes encuestados reconoce la relación entre el término popular mal de los rastrojos y la denominación técnica FHA. Esta asociación puede explicarse por el peso de la historia de la enfermedad en la región, donde —como en muchos otros casos— la denominación popular se instala socialmente con mayor fuerza que su nomenclatura científica o médica.

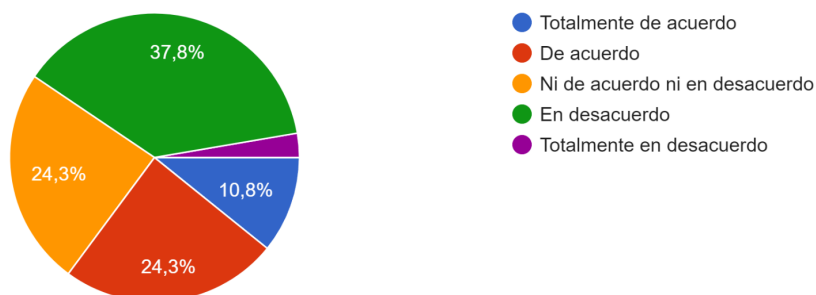
En la población de Pergamino, ambos términos circulan con distintos niveles de frecuencia: mal de los rastrojos fue el nombre utilizado inicialmente para referirse a la enfermedad, basado en su asociación con la exposición a rastrojos de maíz en zonas rurales, como se detalla en el recorrido histórico presentado en la introducción de este trabajo. En cambio, el término Fiebre Hemorrágica Argentina fue adoptado posteriormente, especialmente desde la segunda mitad del siglo XX, en paralelo al desarrollo de investigaciones científicas, políticas sanitarias y la producción de la vacuna Candid #1.

Por otro lado, la asociación de la enfermedad con el virus Junín —agente etiológico identificado por Parodi en 1958— resulta considerablemente menos conocida, tanto entre alumnos como entre docentes. A diferencia de otras enfermedades virales contemporáneas

que se reconocen fácilmente por el nombre del virus (como es el caso del coronavirus), en este caso el conocimiento del agente viral específico no está generalizado, lo que puede deberse a la baja presencia de esta información en los programas escolares y en los medios de comunicación actuales.

Figura 21

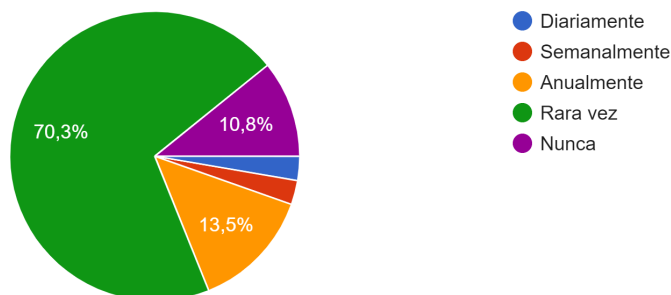
Grado de acuerdo a la frase: Tengo la suficiente información sobre la FHA



Al consultar a los/as docentes sobre la frecuencia con la que escuchan hablar acerca de la FHA, el 81,1 % indicó que nunca o rara vez ha oído hablar sobre la enfermedad. En tanto, un 13,5 % manifestó haber escuchado sobre ella al menos una vez al año. Estos datos reflejan un bajo nivel de circulación social del tema, incluso en una región históricamente vinculada a la enfermedad, lo cual podría contribuir a su invisibilización en los espacios escolares y en la práctica docente cotidiana.

Figura 22

Respuestas a la pregunta: ¿Con qué frecuencia escuchó hablar sobre la FHA?



Este aspecto resulta particularmente significativo, ya que pone en evidencia el escaso reconocimiento que tiene la FHA entre los/as docentes. Surge entonces la pregunta acerca de los factores que podrían contribuir a este bajo nivel de conocimiento o visibilidad.

Una posible interpretación podría vincularse con el éxito sanitario alcanzado a partir de la implementación de la vacuna Candid #1, que produjo una marcada reducción en el número de casos desde su introducción. En diversos contextos epidemiológicos se ha señalado que la disminución sostenida de la incidencia de determinadas enfermedades puede conducir a una menor percepción social del riesgo asociado a las mismas.

Asimismo, la visibilidad pública de los problemas de salud suele estar influida por su presencia en la agenda mediática y social. Un ejemplo reciente lo constituye la pandemia de COVID-19, durante la cual la difusión permanente de información epidemiológica contribuyó a instalar el tema en la conversación pública y en la vida cotidiana de la población.

En el caso de la FHA, la baja frecuencia actual de presentación clínica podría contribuir a que la enfermedad no se encuentre entre los diagnósticos diferenciales más habituales en la práctica médica. En este sentido, en el ámbito clínico suele mencionarse el principio según el cual “es más probable una presentación atípica de una patología frecuente que una presentación típica de una patología infrecuente” (L.M. Abramovich, comunicación personal, 30 de septiembre de 2025).

Si bien estas dimensiones no fueron evaluadas directamente en el presente estudio, constituyen posibles hipótesis interpretativas que podrían contribuir a comprender los resultados observados y que podrían ser exploradas en investigaciones futuras.

Desde el rol docente, esta situación representa un desafío relevante: transmitir información y generar conciencia en un contexto donde la enfermedad no forma parte de las experiencias cotidianas de la población ni del alumnado. Esto plantea la necesidad de desarrollar estrategias pedagógicas específicas que favorezcan la construcción de conocimiento significativo y su articulación con la realidad sanitaria de la región.

Como sostiene Tomás-Cardoso (2022), los mensajes de comunicación de riesgo en salud son más efectivos cuando se centran en medidas de protección concretas, ofrecen

evidencia confiable y proporcionan recursos que ayuden a las personas y a la sociedad a tomar decisiones informadas.

En cuanto al conocimiento de los/as docentes sobre la epidemiología de la enfermedad, el 78,3 % reconoció correctamente que la FHA es endémica de las provincias de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa. Sin embargo, un 59,5 % la asoció únicamente con zonas rurales, mientras que un 37,8 % la vinculó tanto con áreas rurales como urbanas y suburbanas. Un dato relevante es que el 75,5 % de los encuestados consideró que actualmente es posible contraer la enfermedad en Pergamino y su zona de influencia, lo que indica cierta percepción de riesgo vigente.

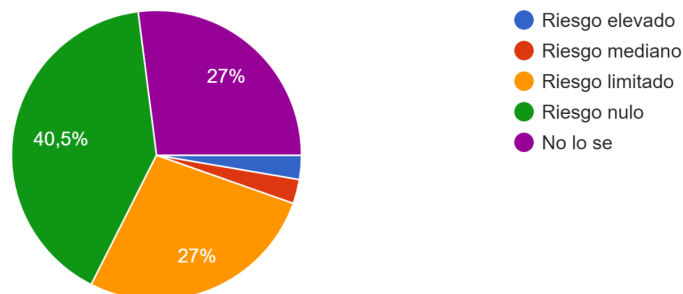
Este hallazgo sugiere que, si bien una mayoría continúa asociando la FHA al ámbito rural, existe también una creciente conciencia sobre la expansión geográfica potencial de la enfermedad. Desde su emergencia en la década de 1950, la zona endémica ha evidenciado cambios, con desplazamientos hacia el norte, como muestran los estudios sobre la distribución de *C. musculus* (Mills et al., 1991). No obstante, investigaciones posteriores realizadas en Santiago del Estero no confirmaron la presencia activa del JUNV en la población de roedores, lo que impidió verificar su endemidad en esa región (Briggiler et al., 2015).

Por otra parte, el 81 % de los/as docentes identificó correctamente a la FHA como una zoonosis, y el 83,8 % reconoció que el mal de los rastrojos es causado por un virus. Sin embargo, surge una preocupación al analizar las percepciones sobre el riesgo de contagio, ya que los datos muestran una subestimación significativa del riesgo real, incluso entre docentes que se desempeñan en zonas endémicas (Figura 23).

Este último punto constituye una alerta importante: si quienes enseñan sobre salud no perciben el riesgo de manera adecuada, será más difícil que logren transmitir la importancia de la prevención y el cuidado a sus estudiantes y comunidades.

Figura 23

Respuesta ante la pregunta: ¿Qué riesgo existe de que contraiga usted la enfermedad en los próximos meses?



Esta información permite reflexionar sobre cómo la evolución de una epidemia puede estar condicionada, en gran medida, por los comportamientos de protección adoptados por la población, los cuales dependen, entre otros factores, de la percepción del riesgo de contagio que dicha población tenga.

Los estudios sociales y psicosociales sobre la percepción del riesgo de contraer enfermedades infecciosas han aportado evidencias que muestran cómo esta percepción se construye a partir de variables emocionales, cognitivas y socioculturales (Tomás-Cardoso, 2022). La percepción del riesgo no es un proceso estrictamente racional ni homogéneo, sino subjetivo y personal, influido tanto por lo que pensamos (aspectos cognitivos), como por lo que sentimos (emocionales), y por el contexto social y cultural en el que vivimos (Dryhurst et al., 2020).

Comprender cómo una sociedad percibe los riesgos sanitarios y qué factores inciden en esa percepción resulta clave para mejorar las estrategias de gestión de la salud pública. En las últimas décadas, se han desarrollado distintos enfoques teóricos que han permitido sistematizar el estudio de la percepción del riesgo (Sjöberg, 2000, 2020), revelando que las respuestas sociales frente a una amenaza no siempre se basan en información objetiva o completa, sino en construcciones subjetivas elaboradas a partir de experiencias previas, juicios personales y datos fragmentarios.

Según Sjöberg (2000), algunos de los factores clave que influyen en la percepción del riesgo son:

- El contexto (social, informativo, cultural) en el que se presenta la amenaza.
- El tipo de peligro y su definición pública o social.
- La cantidad y calidad de la información disponible sobre ese peligro.
- Las características individuales de cada persona.
- El juicio personal que cada sujeto realiza al integrar estos elementos.

Esta perspectiva invita a considerar múltiples dimensiones al momento de analizar la percepción del riesgo, como la experiencia previa, el conocimiento disponible, la influencia social, el sentido de control, las expectativas, la confianza en la información y los recursos personales para afrontar una amenaza.

Numerosos estudios han confirmado que la percepción del riesgo está directamente relacionada con la adopción de comportamientos de protección: a mayor percepción de riesgo, mayor probabilidad de adoptar medidas preventivas (Ferrer et al., 2018; Sheeran et al., 2014). Un ejemplo reciente lo constituye la pandemia de COVID-19, donde se observó que quienes percibían un riesgo elevado de contagio eran más propensos a seguir las recomendaciones sanitarias, como el lavado frecuente de manos, el distanciamiento social o el aislamiento voluntario (Bruine de Bruin & Bennett, 2020; Ning et al., 2020; Wise et al., 2020).

Si bien los avances médicos, la vigilancia epidemiológica y las campañas de vacunación han sido fundamentales para el control de muchas enfermedades, la experiencia reciente también dejó en evidencia la importancia de las conductas sociales frente al riesgo sanitario. Por ello, resulta crucial el aporte de las ciencias sociales para comprender mejor cómo se construyen esas conductas y qué factores las condicionan.

En relación con esto, al indagar en la encuesta sobre el vínculo de los/as docentes con personas que hayan padecido FHA (Figura 24), el 50 % manifestó haber conocido a alguien que contrajo la enfermedad en algún momento del pasado. Sin embargo, cuando se consulta específicamente sobre el conocimiento de casos recientes en Pergamino o su zona

de influencia, la respuesta cambia de manera significativa: el 94,6 % afirmó no conocer personas que hayan contraído la enfermedad en tiempos recientes (Figura 25).

Este dato refuerza la hipótesis sobre la disminución de la visibilidad social de la FHA en las últimas décadas, lo cual podría estar incidiendo en una menor percepción de riesgo actual y, por consiguiente, en una menor propensión a adoptar medidas de protección o incluir el tema en las prácticas educativas.

Figura 24

Respuestas ante la pregunta: ¿Conoce a alguien que haya contraído la enfermedad en Pergamino y/o zona?

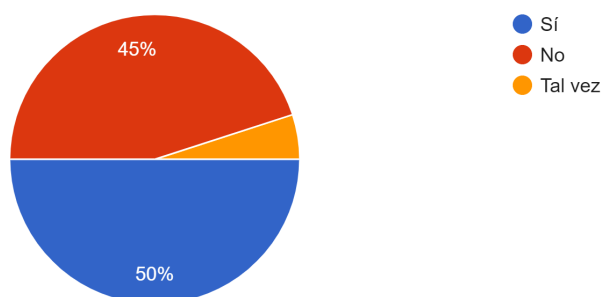
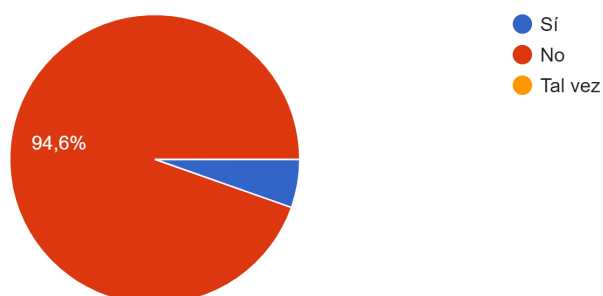


Figura 25

Respuestas ante la pregunta: ¿Conoce a alguien que haya contraído recientemente la enfermedad en Pergamino y/o zona?



La escasa referencia a contagios recientes entre los/as docentes encuestados puede atribuirse, en gran medida, al efecto sostenido de la vacunación a lo largo de los

años. La vacunación ha sido una de las herramientas más efectivas de la Salud Pública a nivel mundial para la prevención de enfermedades inmunoprevenibles (EIP). De hecho, después del acceso al agua potable, se considera que la vacunación es la intervención que más ha contribuido a la reducción de la mortalidad global, salvando entre 2 y 3 millones de vidas cada año.

Si bien aún no existen vacunas para todas las enfermedades infecciosas, muchas de las más graves y potencialmente mortales han sido controladas gracias a programas de inmunización. Un ejemplo paradigmático es la poliomielitis: hoy existen regiones del mundo libres de esta enfermedad, mientras que antes de la introducción de la vacuna, miles de personas morían o quedaban con secuelas severas cada año (Libster, 2018).

En el caso específico de la FHA, como se ha mencionado previamente, la vacuna Candid #1, elaborada a partir de un virus Junín vivo atenuado, ha demostrado una eficacia del 95 %. La persistencia de anticuerpos específicos se ha documentado en más del 90 % de los vacunados hasta 15 años después de la aplicación (Maiztegui J.I. et al., 1998). Estos datos explican en parte la baja incidencia actual de la enfermedad y, en consecuencia, la falta de contacto reciente de los/as docentes con personas enfermas.

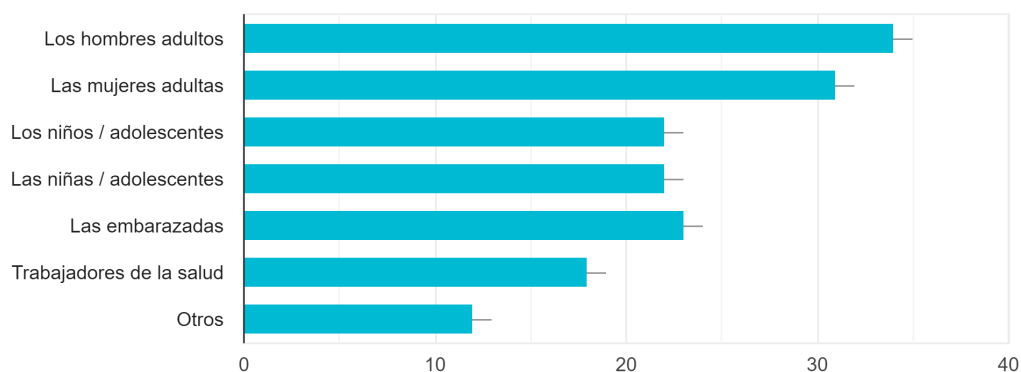
En cuanto a la percepción de los/as docentes sobre los grupos más susceptibles de contraer FHA, se ofreció una pregunta con opción de múltiples respuestas. Los resultados muestran que la mayoría identificó a los hombres adultos como el grupo más expuesto (91 %), seguidos por las mujeres adultas (83,8 %). También se mencionó a los niños y adolescentes (59,5 %) y a las mujeres embarazadas (62,2 %), mientras que el personal de salud fue señalado como grupo de riesgo por un porcentaje significativamente menor (48,6 %) (Figura 26).

Estos resultados revelan cierta comprensión general del perfil epidemiológico clásico de la enfermedad, que históricamente ha afectado mayoritariamente a varones adultos en zonas rurales. No obstante, también permiten visibilizar posibles subestimaciones respecto a otros grupos en riesgo, como los trabajadores del sistema de salud o personas que, sin

residir en áreas rurales, podrían igualmente estar expuestas en contextos laborales o comunitarios.

Figura 26

Respuestas ante la pregunta: *¿Qué tipo de personas pueden contraer la enfermedad?*



La alta asociación de la enfermedad con hombres adultos responde a un patrón epidemiológico histórico: la FHA ha presentado, desde sus orígenes, una mayor prevalencia entre varones de entre 15 y 65 años que desarrollaban tareas rurales, especialmente en contextos agrícolas (Enria. et al., 1984). Este perfil estuvo vinculado a la exposición ambiental directa en zonas donde habita el roedor reservorio del JUNV, *C. musculus*.

Sin embargo, con la implementación de la vacunación masiva, no sólo disminuyó significativamente la incidencia de casos, sino que también se modificaron los patrones de riesgo. Estudios posteriores evidencian un aumento del porcentaje de casos en mujeres, quienes acceden a la vacuna en menor proporción, y en niños menores de 15 años, que no están incluidos en el esquema de vacunación (Enria et al., 1999).

En este sentido, el Informe del PNCFHA, 2021) indica que, anualmente, aproximadamente el 10 % de los casos confirmados corresponden a niños. Este dato reafirma que la enfermedad ya no afecta exclusivamente a varones adultos vinculados a tareas rurales, sino que puede comprometer a cualquier persona que viva, trabaje o realice actividades dentro del área endémica, motivo por el cual la vacunación debería alcanzar a toda la población expuesta.

El mismo informe ofrece otro dato relevante: sólo el 16 % de los casos corresponde a personas que viven o trabajan exclusivamente en zonas rurales (PNCFHA, 2021). Esta estadística refuerza la necesidad de abandonar la asociación exclusiva entre FHA y actividad rural, y sugiere que ante cualquier síndrome febril inespecífico —sin compromiso de la vía aérea superior— en personas que habiten o hayan estado en la zona endémica, se debe incluir a la FHA dentro del diagnóstico diferencial.

En relación con los mecanismos de transmisión, se preguntó a los/as docentes: “¿Conoce cómo puede una persona contraer la enfermedad de FHA?”, permitiendo seleccionar múltiples respuestas. Esta pregunta buscó indagar el nivel de comprensión sobre las vías de contagio reales y, en particular, explorar la confusión habitual entre los conceptos de *vector* y *reservorio*.

Los resultados muestran que el 86,5 % de los/as docentes reconoce correctamente que la enfermedad se transmite por contacto con animales, específicamente con excretas de roedores infectados. Sin embargo, un 35,5 % indicó que puede contagiarse por contacto estrecho entre personas (Figura 27), lo cual corresponde a un mecanismo excepcional, pero no imposible (Sinchi & Enría, 2022).

Además, el 86,5 % de los encuestados considera que la FHA es transmitida por un vector (Figura 28), lo cual es dudoso desde el punto de vista técnico. La enfermedad no se transmite por la picadura de un insecto (como sucede en el dengue o la malaria), sino que su modo de transmisión es por inhalación o contacto directo con secreciones de roedores infectados, lo que la define como una zoonosis con reservorio.

Esta confusión semántica y conceptual entre vector y reservorio evidencia una necesidad formativa clave: mejorar la comprensión de los mecanismos de transmisión para evitar creencias erróneas que pueden afectar tanto el abordaje pedagógico como la adopción de medidas preventivas adecuadas.

Figura 27

Respuestas ante la pregunta: *¿Cómo puede contraer una persona la enfermedad de la FHA?*

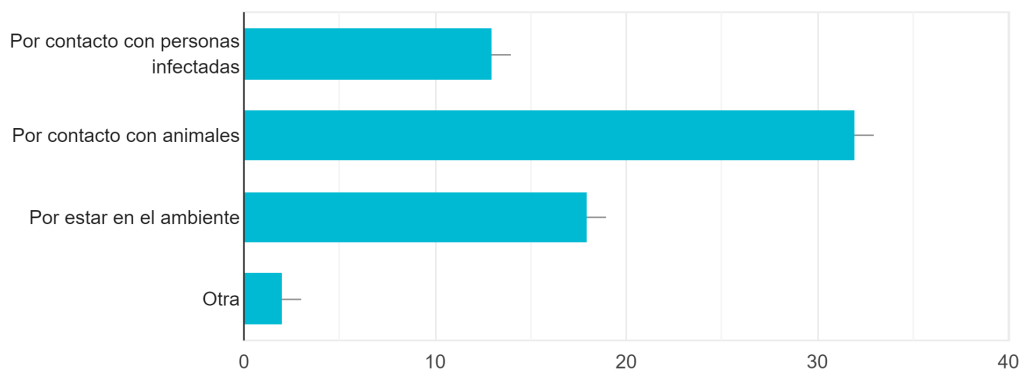
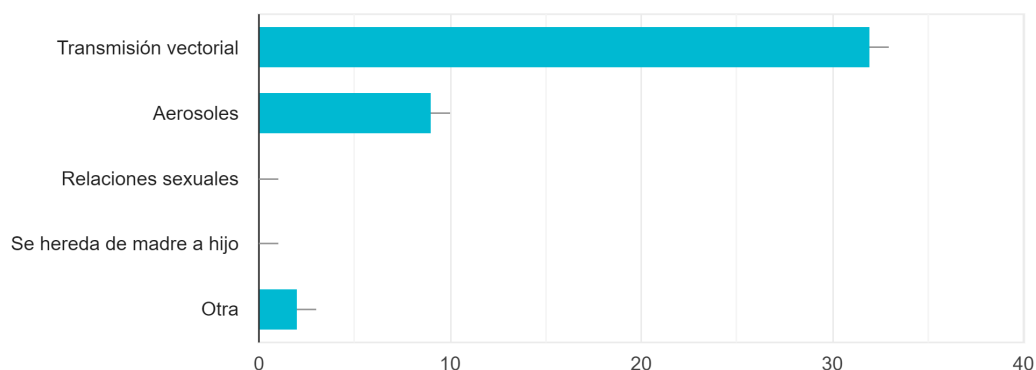


Figura 28

Respuestas ante la pregunta: *¿De qué manera se transmite la FHA?*



Como se observa en los resultados, las respuestas de los/as docentes tienden a asociar la enfermedad con animales transmisores, aunque muchas veces utilizando erróneamente el término vector. Es particularmente contundente la asociación entre la enfermedad y un ratón, como se evidencia en las figuras correspondientes.

Ante las preguntas referidas al transmisor de la enfermedad (Figura 29), una gran mayoría —el 92 %— manifestó estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con que se trata de una especie de ratón. El porcentaje restante optó por no opinar, sin expresar acuerdo ni desacuerdo.

Sin embargo, cuando la afirmación plantea al ratón como reservorio del patógeno (Figura 30), se observan algunas variaciones: el 13,5 % de los encuestados no expresó opinión, y un 5,6 % manifestó no estar de acuerdo con esta asociación.

Estos datos evidencian una confusión persistente entre los conceptos de vector y reservorio, a pesar de que ambos términos refieren a roles biológicos diferentes en la cadena de transmisión. En el caso de la FHA, *C. musculus* —especie de roedor silvestre— actúa como reservorio natural del virus Junín, y no como vector, ya que no transmite la enfermedad a través de un agente intermediario, sino que la disemina directamente a través de sus secreciones y excreciones.

Esta diferencia conceptual es clave para la comprensión adecuada del mecanismo de transmisión y debe ser trabajada especialmente en contextos educativos, para evitar errores de interpretación que podrían impactar negativamente en la prevención y en el abordaje pedagógico de la enfermedad.

Figura 29

Grado de acuerdo en relación a la frase: una especie de ratón transmite la FHA.

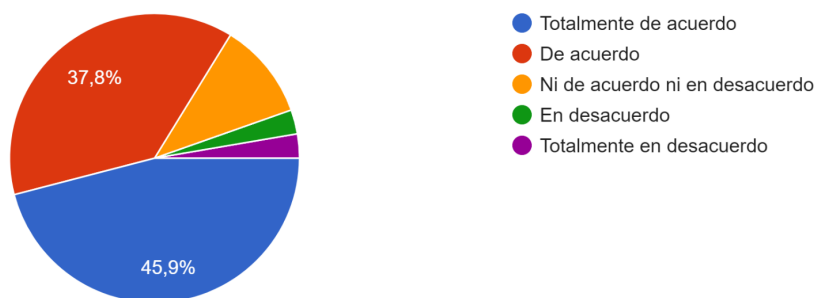
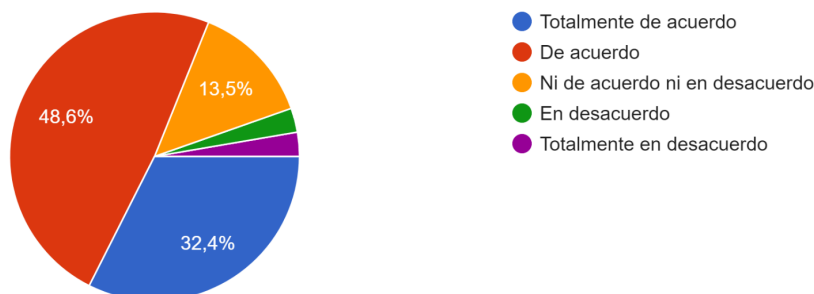


Figura 30

Grado de acuerdo en relación a la frase: una especie de ratón es el reservorio del patógeno de la FHA



La gran mayoría de los/as docentes encuestados manifestó saber que ciertos animales, aunque sean pequeños y aparentemente inofensivos, pueden causar graves problemas de salud. En particular, se reconoce el rol que cumplen las ratas y ratones en la transmisión de diversas enfermedades. Estos roedores diseminan agentes patógenos principalmente a través de su orina, que utilizan para marcar recorridos hacia fuentes de alimento, permitiendo que otros individuos de la misma especie los sigan. También lo hacen a través de sus heces y, en menor medida, mediante el contacto directo con personas o superficies contaminadas.

Por otro lado, se identificó una confusión frecuente en torno a la duración de la inmunidad que otorgan determinadas enfermedades. Es habitual que se desconozca la diferencia entre aquellas infecciones que generan una inmunidad permanente y otras que confieren protección solo por un tiempo limitado. La FHA no escapa a esta problemática: según los resultados obtenidos, el 48,6 % de los/as docentes desconoce si la enfermedad otorga inmunidad de por vida, mientras que un 8,1 % optó por no expresar opinión al respecto (Figura 31).

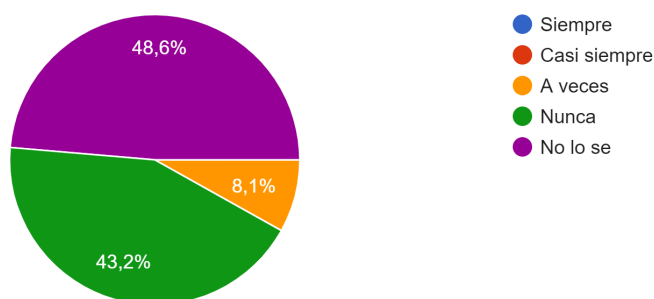
Este dato resulta relevante, ya que evidencia una brecha de conocimiento sobre un aspecto clave de la enfermedad. Cabe recordar que, en el caso de la FHA, los estudios han demostrado que la infección natural confiere inmunidad duradera, y que la vacunación con

Candid #1 induce una respuesta inmunológica sostenida en el tiempo, con persistencia de anticuerpos específicos en más del 90 % de los vacunados hasta 15 años después (Maiztegui et al., 1998).

Estas percepciones erróneas o incompletas sobre la inmunidad pueden repercutir negativamente en la comunicación preventiva, la toma de decisiones individuales sobre la vacunación y la forma en que se transmite la información en contextos educativos.

Figura 31

Respuestas ante la pregunta: ¿Con qué frecuencia las personas que ya tuvieron la enfermedad de FHA se vuelven a enfermar?



Los resultados obtenidos evidencian que una proporción significativa de los/as docentes desconocen aspectos fundamentales sobre la naturaleza de las vacunas. Un ejemplo claro de esto es la confusión en torno a la cantidad de dosis requeridas y la frecuencia de aplicación para determinadas enfermedades. Este desconocimiento, si bien puede considerarse comprensible desde una perspectiva médica especializada, también pone de relieve una falta de familiaridad con el calendario nacional de vacunación, donde estos datos están claramente establecidos.

En el caso de la vacuna contra la FHA, el calendario de vacunación específica de forma explícita que se trata de una vacuna monodosis. Esta información figura, además, en las *preguntas frecuentes* publicadas en el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación, lo que indica que está disponible para consulta pública. Sin embargo, los resultados de la

encuesta muestran que una parte importante del cuerpo docente no accede o no retiene esta información clave.

Por otra parte, al consultar sobre la edad indicada para la aplicación de la vacuna, el 32,4 % de los/as docentes desconocía la respuesta correcta (Figura 32). Esta falta de conocimiento motivó a profundizar sobre su familiaridad con la inclusión de la vacuna en el Calendario Nacional de Vacunación, frente a lo cual el 29,7 % de los encuestados manifestó no saber que la vacuna contra la FHA forma parte de dicho calendario (Figura 34).

Estos datos reflejan una brecha importante en la formación y actualización del personal docente respecto de políticas públicas de salud vigentes, especialmente en lo que refiere a enfermedades de fuerte incidencia territorial. Teniendo en cuenta que la escuela es un espacio privilegiado para la promoción de la salud, resulta fundamental fortalecer el acceso de los/as docentes a información precisa y actualizada sobre estrategias de prevención como la vacunación, particularmente en regiones donde estas enfermedades son endémicas.

Figura 32

Nivel de acuerdo ante la afirmación: La vacuna Candid#1 está indicada a partir de los 15 años de edad.

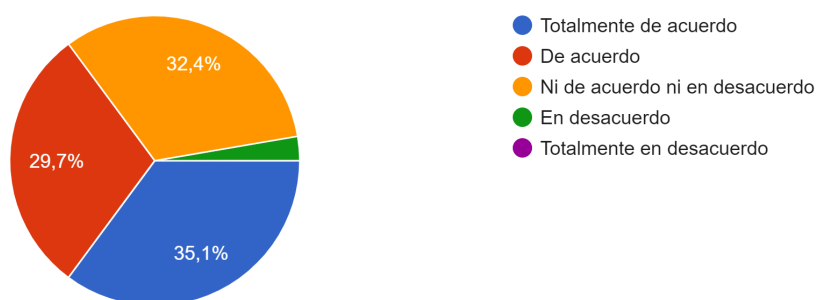
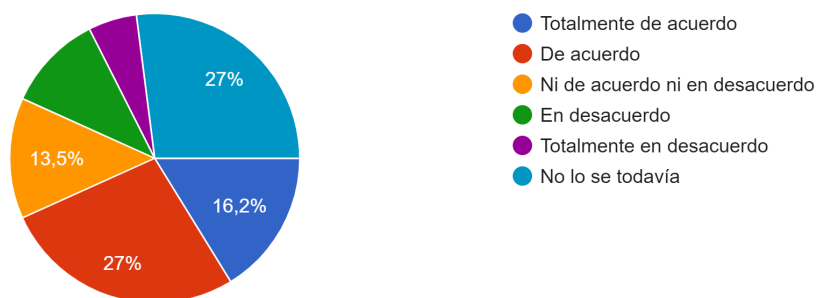
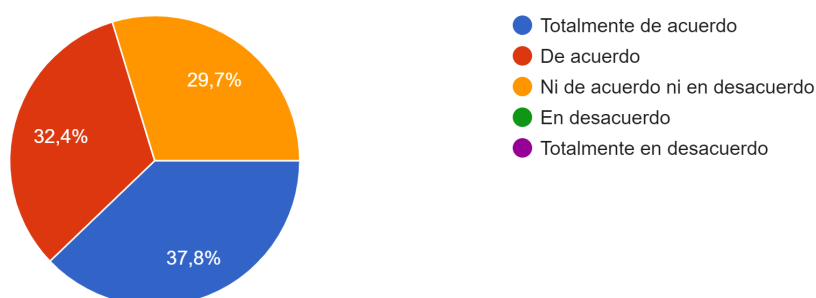


Figura 33

Nivel de acuerdo ante la afirmación: Me volvería a vacunar contra la FHA

**Figura 34**

Nivel de acuerdo ante la afirmación: El Ministerio de Salud incorporó al Programa Nacional de Inmunizaciones la vacunación contra la FHA



A pesar de que la vacuna Candid #1 se encuentra incorporada al Calendario Nacional de Vacunación desde el año 2007, indicada a partir de los 15 años, los resultados de la encuesta vuelven a poner en evidencia un desconocimiento significativo por parte del cuerpo docente sobre dicho calendario. Esta situación es preocupante, especialmente si se considera que todas las vacunas incluidas en el calendario son obligatorias, gratuitas y se aplican en vacunatorios, centros de salud y hospitales públicos de todo el país.

Tal como lo sostiene el Ministerio de Salud de la Nación, el calendario nacional contempla vacunas para todas las etapas de la vida, así como para situaciones especiales y grupos específicos. Las vacunas constituyen una de las herramientas más efectivas para

prevenir enfermedades que pueden resultar graves y que, en muchos casos, son evitables con una simple aplicación.

Para garantizar el seguimiento de los esquemas vacunales, se implementa el uso de un Carnet Unificado de Vacunación, donde se registran todas las vacunas aplicadas a una persona. Cada dosis debe ser asentada por el personal de salud en el acto de vacunación, tanto en formato escrito como en el Registro Nominal de Vacunación digital, lo que permite construir un historial personal y detectar posibles esquemas incompletos.

Con todas estas herramientas disponibles, es fundamental reafirmar que la vacunación es una responsabilidad individual y colectiva. Vacunarse no solo protege a la persona que recibe la inmunización, sino también a toda la comunidad, contribuyendo al control de enfermedades prevenibles y a la construcción de entornos más saludables.

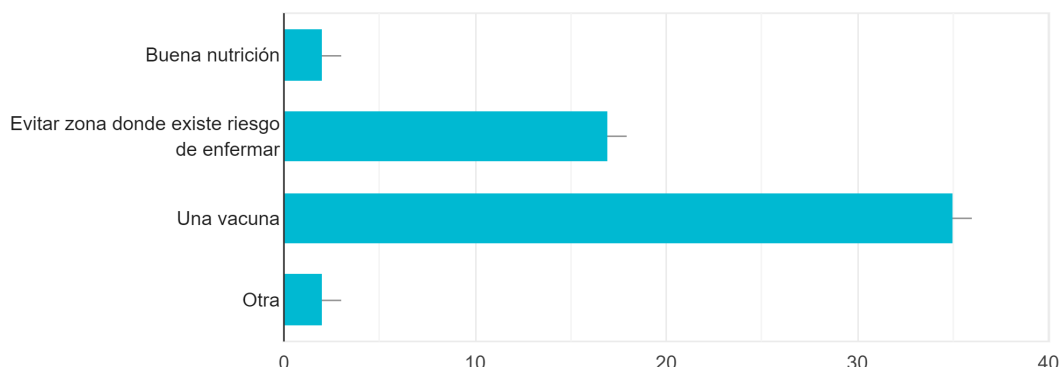
En este contexto, se destaca que el 97,3 % de los/as docentes encuestados reconoce que la FHA es una enfermedad prevenible, lo cual constituye un dato alentador. A partir de esta base, se indagó más profundamente acerca del conocimiento docente sobre las medidas de prevención disponibles. Frente a una pregunta de opción múltiple, el 94,6 % identificó a la vacunación como la principal forma de prevención de la FHA (Figura 35).

Sin embargo, al presentar una afirmación específica —"La vacuna Candid #1 es la única forma de prevenir la FHA"— solo el 64,78 % manifestó estar *totalmente de acuerdo* o *de acuerdo*. Un 8,1 % expresó *desacuerdo*, y un 27 % optó por *no opinar* (Figura 36).

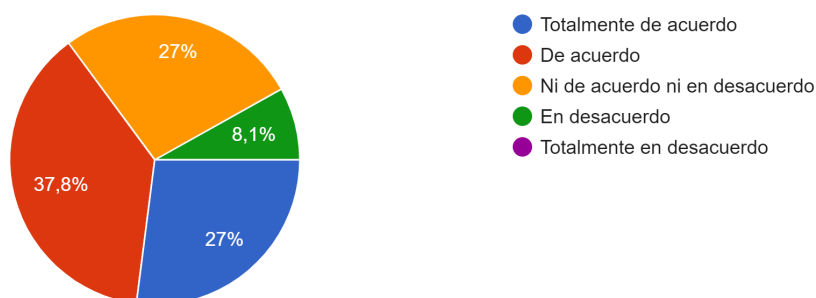
Estos resultados sugieren que, aunque existe una percepción generalizada del valor de la vacuna, aún persiste cierta confusión o desconocimiento en torno a su carácter específico, exclusivo y preventivo frente a la FHA. Esta situación pone de relieve la necesidad de fortalecer la formación docente en contenidos vinculados a salud pública, inmunización y enfermedades endémicas, especialmente en contextos regionales donde la educación puede jugar un rol clave en la promoción del derecho a la salud.

Figura 35

Respuestas ante la pregunta: *¿Cuál es la mejor manera de prevención de la FHA?*

**Figura 36**

Nivel de acuerdo ante la afirmación: *La vacuna Candid #1 es la única forma de prevenir la FHA.*



Los datos previamente analizados muestran con claridad que, en el imaginario social, cuando se dispone de vacunas eficaces, la prevención se convierte en la estrategia central. En este sentido, la tarea preventiva que realiza el INEVH "Dr. Julio I. Maiztegui" lleva adelante desde su creación sigue vigente y cobra aún más sentido si se concibe que el camino de la prevención, a través de la vacuna, debe ser acompañado por la educación para la salud.

El Informe Integrado 2021 del PNCFHA fue enfático al señalar que los cambios epidemiológicos registrados en los últimos años obligan a repensar las estrategias de

prevención. Las medidas ya no deben estar dirigidas únicamente a los trabajadores rurales, sino a cualquier persona que resida o transite el área endémica, independientemente de su ocupación. Según el informe, estas personas deberían estar vacunadas contra la FHA y contar con información adecuada sobre la enfermedad (PNCFHA, 2021).

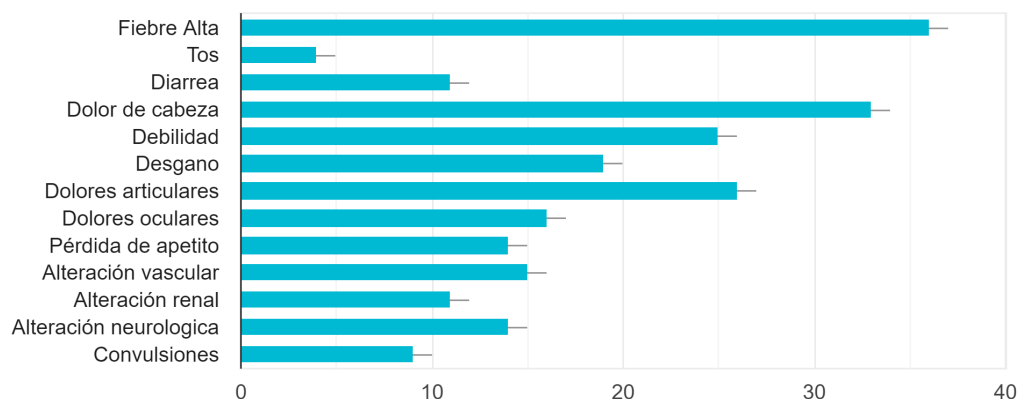
A su vez, las estadísticas anuales del programa muestran que la enfermedad ya no se circunscribe a los escenarios "clásicos" de aparición, sino que ocurre en contextos cada vez más diversos, lo que refuerza la importancia de una difusión amplia del conocimiento actualizado sobre la FHA. Cuando dicho conocimiento llega a la comunidad, se incrementa la eficacia de las estrategias de prevención y control, dado que las personas pueden reconocer síntomas, adoptar comportamientos protectores y exigir medidas sanitarias adecuadas.

En cuanto al conocimiento docente sobre la sintomatología y el nivel de letalidad de la enfermedad, se les consultó en primer lugar acerca de los síntomas más frecuentes. Los resultados evidencian un alto grado de asociación con síntomas generales como fiebre alta (97,3 %), dolor de cabeza (89,2 %) y dolor en las articulaciones (70,3 %). No obstante, se observa una menor asociación con manifestaciones clínicas más graves y específicas, como las alteraciones vasculares (40,5 %), neurológicas (37,8 %) y renales (29,7 %) (Figura 37).

Este patrón de respuestas revela que, si bien los/as docentes identifican los síntomas comunes y más visibles de la enfermedad, existe una menor familiaridad con aquellos síntomas que reflejan la progresión más severa del cuadro clínico, lo que puede limitar su capacidad para reconocer la gravedad del síndrome o transmitir información completa en el ámbito educativo. Esta situación refuerza la necesidad de profundizar la formación docente en enfermedades endémicas, en particular en sus aspectos clínicos y epidemiológicos, para favorecer el desarrollo de acciones de prevención más integrales y contextualizadas.

Figura 37

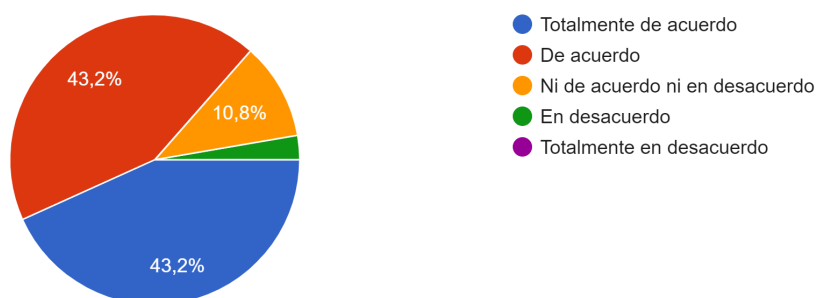
Respuestas ante la pregunta: *¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad?*



Con respecto a la mortalidad (Figura 38), el 86.4 % asocia a la mortalidad con un tratamiento a destiempo, o sea una asociación de la gravedad que representa la enfermedad el no acudir a tiempo.

Figura 38

Grado de acuerdo con la siguiente frase: *La FHA no tratada a tiempo produce una alta mortalidad.*



Conocer esta particularidad de la enfermedad —su letalidad y posibilidad de prevención— resulta fundamental, ya que es clave para evitar muertes en la población afectada. La información actualizada y la capacidad de reconocer tempranamente los síntomas graves pueden marcar la diferencia entre un desenlace fatal y una recuperación oportuna.

Según las estadísticas del PNCFHA correspondientes al año 2021, la enfermedad presentó un índice de letalidad del 10,5 %. Si se observa la evolución de esta tasa desde el año 2007 hasta 2020, se destaca un pico en 2018, año en el que se notificaron pocos casos, lo que probablemente influyó en el aumento proporcional de la letalidad reportada.

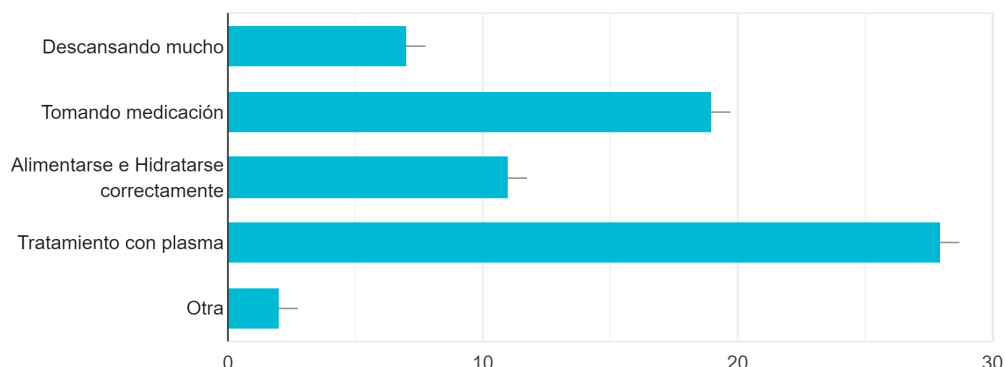
Es importante subrayar que una proporción de todas esas muertes podrían considerarse potencialmente prevenibles, por dos razones fundamentales:

1. En primer lugar, por la disponibilidad de una vacuna eficaz, con una eficacia demostrada del 95 %.
2. En segundo lugar, por la existencia de un tratamiento efectivo, basado en la administración de plasma de personas convalecientes. Este tratamiento, cuando se aplica antes del octavo día desde el inicio de los síntomas, ha demostrado reducir significativamente la letalidad. Para que esto sea posible, se requiere una sospecha clínica temprana, un diagnóstico certero y una rápida derivación del paciente.

En cuanto al conocimiento docente sobre este tratamiento, los resultados de la encuesta revelan que el 75,7 % de los encuestados identificó correctamente el uso de plasma como una forma terapéutica ante la FHA (Figura 39). Este dato es alentador, aunque también pone de manifiesto que casi una cuarta parte de los/as docentes desconoce esta opción de tratamiento, lo que refuerza la necesidad de seguir fortaleciendo la educación en salud y la difusión de información sobre enfermedades endémicas regionales.

Figura 39

Respuestas ante la pregunta: ¿Cómo se puede tratar a personas con FHA?



En la actualidad, el tratamiento con plasma inmune o de convaleciente constituye la única opción terapéutica efectiva para curar la FHA. Este plasma se obtiene únicamente a través de la donación de personas que hayan padecido la enfermedad y que cumplan con los criterios establecidos: tener entre 18 y 65 años, pesar más de 50 kilos, gozar de buena salud y no presentar enfermedades preexistentes, como hepatitis, enfermedades cardiovasculares o neoplasias.

El procedimiento se realiza mediante una técnica llamada aféresis, que permite separar los componentes sanguíneos y extraer exclusivamente el plasma. Se trata de una práctica segura para el donante, que no representa riesgo alguno para su salud y la recuperación del donante es casi inmediata. Además, transfundir a un paciente plaquetas provenientes de un solo donante, disminuye los riesgos de reacciones alérgicas, transmisión de infecciones y desarrollo de anticuerpos antiplaquetarios. (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, s.f.).

Es posible que muchos docentes conozcan este tratamiento, ya que el INEVH realiza periódicamente campañas de colecta en los hospitales provinciales pertenecientes a la RS IV. Estas acciones buscan contactar a personas recuperadas de la enfermedad, informarles sobre la importancia de la donación y promover su participación, con el objetivo de salvar vidas.

La detección precoz de los casos para una administración oportuna del tratamiento, así como el diseño de estrategias focalizadas, son responsabilidades que el PNCFHA continúa impulsando como parte de su tarea central. Estos esfuerzos permiten controlar una enfermedad que, por su agente causal presente en la naturaleza, no puede ser erradicada. Justamente por eso, no debe ser desatendida ni olvidada: cuando esto sucede, las consecuencias pueden ser fatales y absolutamente prevenibles.

4.3.4 Actitudes hacia la FHA

La actitud puede definirse como el comportamiento que una persona adopta para realizar sus actividades, es decir, su forma de ser o actuar. También puede entenderse como una disposición motivacional que combina factores biológicos, de carácter primario, y sociales, de carácter secundario, orientando al individuo hacia determinados objetivos y metas.

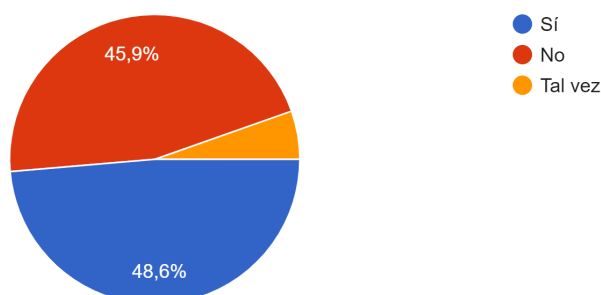
En el contexto de nuestro estudio, las actitudes hacen referencia a las disposiciones, posturas, ideas preconcebidas o creencias que los/as docentes tienen frente a un tema específico. Por ejemplo, sus percepciones sobre las amenazas que enfrenta una comunidad o sus actitudes frente a la vacunación.

En particular, en relación con las actitudes que adoptan los/as docentes frente a la FHA, nos enfocamos en dos dimensiones: actitudes de prevención y actitudes de comunicación.

Con el objetivo de evaluar, de manera general, las actitudes preventivas, la primera pregunta estuvo orientada a conocer el nivel de vacunación de los/as docentes, considerando que desarrollan su actividad educativa dentro del área endémica de la enfermedad. La información relevada indica que el 45,9% de los encuestados no se encuentra vacunado, y un 5,5% manifiesta incertidumbre respecto a su situación vacunal (Figura 40).

Figura 40

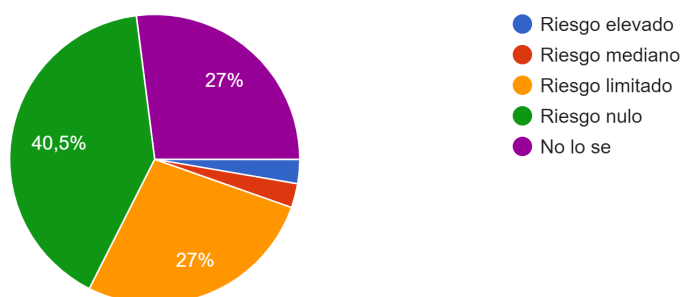
Respuestas ante la pregunta: *¿Usted se vacunó contra la FHA?*



A posteriori se indagó sobre el riesgo que consideraban de contraer la enfermedad en los próximos meses. Solo el 5.4% consideró sobre riesgo alto y moderado, el resto desestimó el peligro a adquirir la enfermedad en un futuro cercano (Figura 41).

Figura 41

Respuestas ante la pregunta: *¿Qué riesgo existe de que contraiga usted la enfermedad en los próximos meses?*



Es importante preguntarse: ¿por qué se registra esta baja cobertura vacunal? ¿Se debe a la falta de indicación médica, a dudas sobre su seguridad, o al desconocimiento del impacto que tiene la vacunación? No existe intervención en salud preventiva más eficiente que la vacunación. En el caso de la vacuna Candid #1, si bien no otorga beneficios indirectos a personas no vacunadas (como sucede con otras vacunas a través de la inmunidad colectiva), posee un alto efecto directo, protegiendo eficazmente al individuo vacunado. Esta característica particular refuerza la idea de que, al no generarse inmunidad

comunitaria mediante la vacunación, la protección individual se vuelve la única estrategia efectiva para mantenerse a salvo de la enfermedad.

Desde su implementación, la vacuna Candid #1 ha demostrado un impacto significativo en la salud pública, logrando una notable reducción de la incidencia de FHA (Briggiler et al., 2015). Actualmente, se reportan entre 25 y 50 casos anuales. Como es esperable, han ocurrido casos en personas vacunadas; sin embargo, se trató de formas clínicas leves que, en su mayoría, evolucionaron favorablemente sin necesidad de tratamiento específico.

El impacto positivo de esta vacuna depende fundamentalmente de su aceptación y de alcanzar altas tasas de cobertura, por lo que resulta esencial gestionar adecuadamente cualquier rumor o información errónea vinculada a su seguridad.

Aunque los movimientos antivacunas existen desde principios del siglo XIX, en general no han tenido un impacto significativo en la población, con algunas excepciones, como el brote de sarampión de 2017 en una comunidad de inmigrantes somalíes en Minneapolis, influenciada por un discurso antivacunas particularmente nocivo (Zavia, 2018). Este autor sostiene que, aunque las teorías conspirativas puedan parecer inofensivas para las personas sensatas, el exceso de información mal gestionada puede aumentar la desinformación. En los últimos 50 años, a medida que el conocimiento se ha vuelto más accesible, también ha crecido el número de personas que adhieren a teorías conspirativas, incluyendo aquellas que acusan a las compañías farmacéuticas de actuar con intenciones maliciosas mediante el uso de vacunas.

En esta misma línea, Heidi Larson (2020), autora principal del estudio "Mapeo de las tendencias globales en la confianza en las vacunas", sostiene que las caídas en la cobertura de vacunación están directamente relacionadas con la circulación de información errónea, que genera dudas y desconfianza en la población.

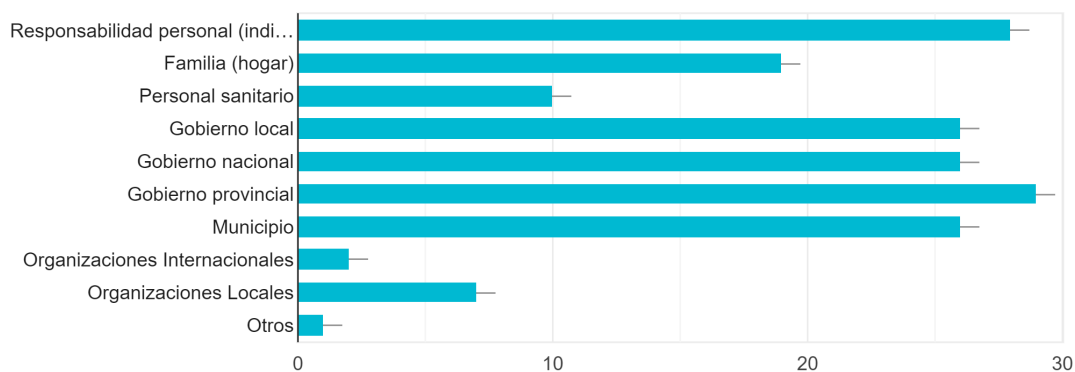
Ahora bien, ¿qué lleva a las personas a adoptar estas actitudes, cuando las vacunas han existido por más de dos siglos y han demostrado su eficacia en el control de múltiples enfermedades? Durante la pandemia reciente, se ha observado que quienes rechazan las

vacunas se agrupan en dos grandes categorías: por un lado, aquellos con una postura negacionista, que desconfían de la ciencia y la consideran una herramienta de dominación por parte de grupos de poder; y por otro lado, quienes reconocen el valor de la ciencia pero consideran que la decisión de vacunarse debe ser un derecho individual.

En relación con las actitudes de prevención, también se indagó sobre la percepción de responsabilidad en la prevención de la enfermedad (Figura 42). El 75,7% de los encuestados considera que dicha responsabilidad es individual, aunque también reconoce que los gobiernos de las distintas jurisdicciones comparten dicha responsabilidad. Esta visión compartida resulta clave para fortalecer las estrategias de salud pública en zonas endémicas.

Figura 42

Respuestas ante la pregunta de varias opciones: ¿Quién cree que tiene la responsabilidad de adoptar medidas de prevención para evitar que la FHA le afecte a Ud/su hogar/su comunidad?.



Por último, teniendo en cuenta las actitudes comunicacionales los/as docentes expresan sólo que el 35.1% considera tener la suficiente información sobre la temática (Figura 43) con una gran elección de sus informantes a los trabajadores de la salud en general y a sus médicos personales y los que se encuentran en medios de comunicación en particular. y el 83.6% desea recibir mayor información sobre la problemática (Figura 44).

Figura 43

Nivel de acuerdo con la frase: *Tengo la suficiente información sobre la FHA.*

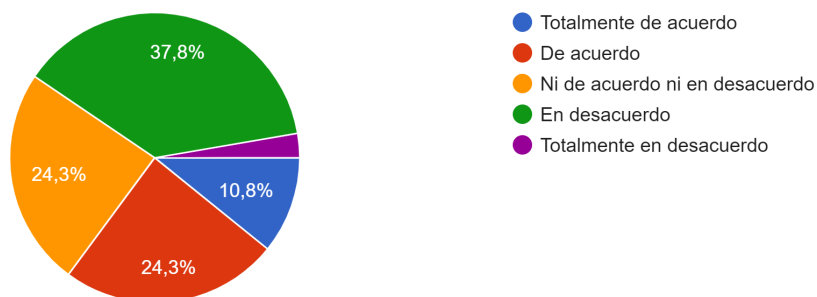
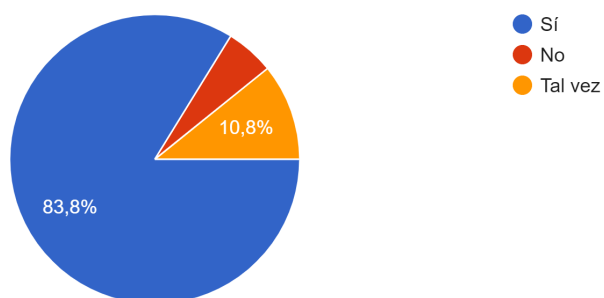


Figura 44

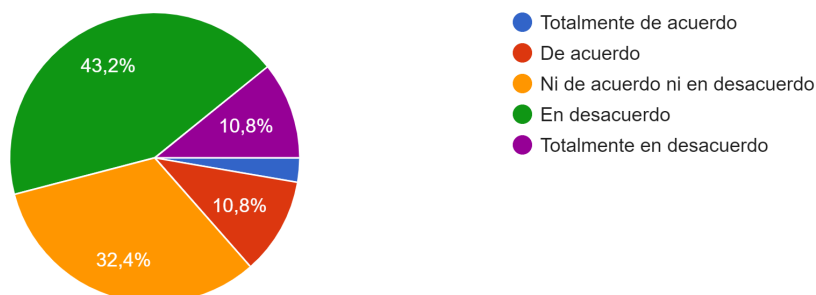
Respuestas ante la pregunta: *¿Desea Usted recibir más información sobre la FHA?.*



Los/las docentes en cuestión han considerado en un 13.6% un acuerdo en que los aspectos relacionados con la FHA les resultan confusos (Figura 45).

Figura 45

Nivel de acuerdo con la frase: los aspectos relacionados con la FHA no los logro entender o me resultan confusos.



4.3.5 Prácticas Acerca de la FHA

El concepto de práctica es amplio y abarca diversas dimensiones. Para los fines del presente análisis, se adoptará una definición centrada en el conjunto de costumbres o acciones concretas que las personas llevan a cabo, sin dejar de reconocer que toda práctica también implica la aplicación de ciertos conocimientos y saberes.

En este caso, se entenderá por prácticas la forma en que los/as docentes aplican sus conocimientos y actitudes en relación con la FHA a través de sus acciones. Estas acciones pueden manifestarse, por ejemplo, en la implementación de estrategias pedagógicas específicas, la incorporación de proyectos educativos vinculados a la temática, o la solicitud de instancias de formación y capacitación permanente.

La pregunta central en esta dimensión fue: ¿por qué razón algunos docentes no han tomado ninguna medida frente a la FHA? Para ello, se indagó inicialmente si los propios docentes habían implementado alguna acción preventiva frente a la enfermedad. Entre los encuestados, el 43,2% manifestó no haber tomado ninguna medida.

Al profundizar sobre las razones de esta inacción, se obtuvieron los siguientes resultados:

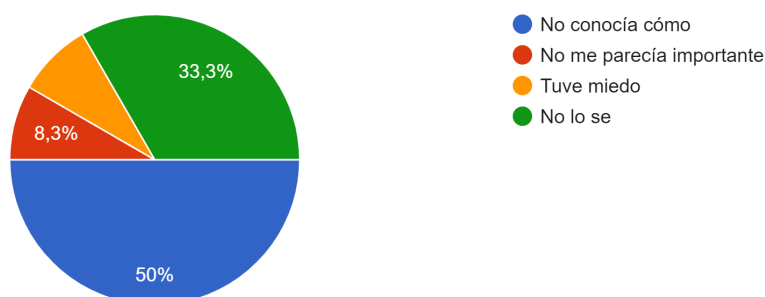
- El 50% indicó desconocimiento sobre el tema,
- El 33,3% señaló no saber por qué nunca le otorgó importancia a la problemática,

- El 8,3% consideró que no era un tema importante,
- Y el resto manifestó tener miedo (Figura 46).

Estos datos reflejan que, en una proporción significativa, las prácticas están condicionadas por el nivel de información, la percepción de riesgo y las emociones asociadas al abordaje de la enfermedad, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer las estrategias de capacitación docente y acompañamiento institucional en las áreas endémicas.

Figura 46

Respuestas ante la pregunta: ¿Por qué no ha tomado ninguna medida contra la FHA?



Por último, en relación con las prácticas áulicas vinculadas a la FHA, se exploraron tres aspectos clave: el interés manifestado por los alumnos, la iniciativa del docente para abordar la temática, y la posibilidad de haber recibido capacitación previa.

Respecto al interés de los estudiantes, el 73% de los/as docentes indicó que, en algún momento, sus alumnos se han interesado o han preguntado sobre la enfermedad (Figura 47). Este dato refleja una oportunidad pedagógica valiosa, ya que el interés genuino del alumnado puede ser un punto de partida para trabajar contenidos vinculados a la prevención y al cuidado de la salud.

En cuanto a la iniciativa docente, el 45,9% afirmó haber abordado la problemática en sus aulas (Figura 48), lo que evidencia que, si bien existe una proporción significativa de docentes comprometidos, más de la mitad aún no ha incorporado el tema en su práctica educativa.

Por último, al indagar sobre las instancias de formación docente, sólo el 45,5% manifestó haberse capacitado en la temática (Figura 49). Esta proporción pone de relieve la necesidad de ampliar las oportunidades de formación continua, especialmente en contextos endémicos, para fortalecer las competencias de los educadores en relación con la FHA y promover un abordaje transversal y actualizado en las aulas.

Figura 47

Respuestas ante la pregunta: ¿Alguna vez sus alumnos se interesaron y preguntaron sobre la problemática de la FHA?

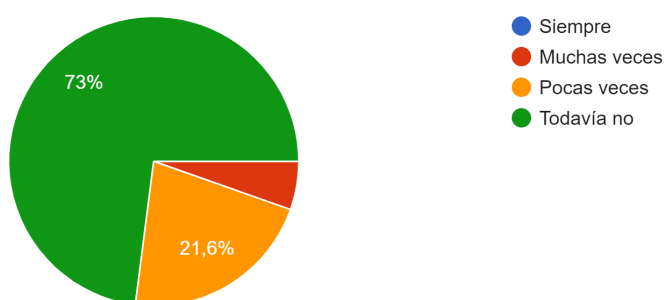


Figura 48

Respuestas ante la pregunta: ¿Alguna vez se trató la problemática de la FHA?

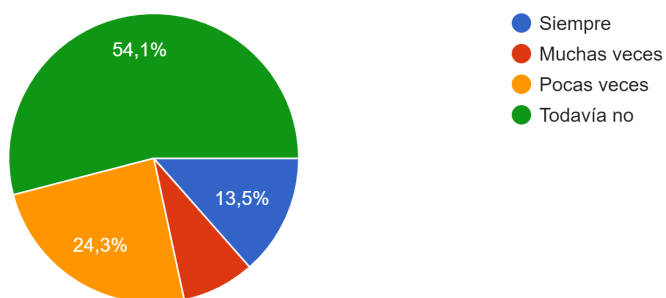
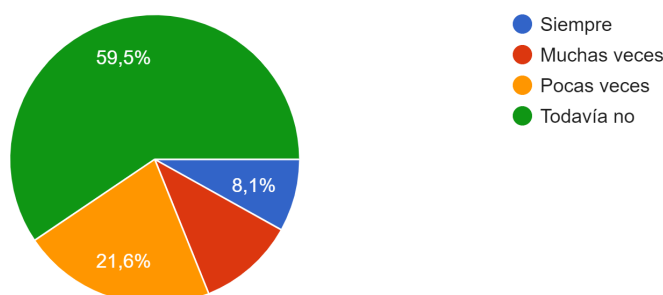


Figura 49

Respuestas ante la pregunta: *¿Alguna vez tuvo la posibilidad de capacitarse sobre la FHA?*



Gangli (2018) retoma el concepto de “habitus” de Bourdieu (1972) para reflexionar sobre el habitus profesional, entendido como el conjunto de esquemas adquiridos durante el trayecto formativo que se manifiestan en la práctica cotidiana. Estos esquemas, incorporados de forma inconsciente, organizan las acciones docentes y tienden a resistirse al cambio.

La autora aborda este dilema citando a Philippe Perrenoud (2001), quien sostiene que es posible transformar el habitus mediante el acto reflexivo, activado a través de dispositivos como la escritura, la socialización y la descripción de las propias prácticas (Gangli, 2019). En este sentido, la reflexión crítica y el intercambio con otros aparecen como herramientas centrales para repensar la práctica docente.

Desde esta perspectiva, la reflexión y la socialización pueden permitir una formación docente orientada a convertirse en agente de cambio social, en diálogo con las problemáticas de salud que afectan a la comunidad en la que se enseña.

Como se ha señalado previamente, diversos investigadores se han abocado a comprender cómo se construye el conocimiento práctico de los/as docentes. Estas investigaciones coinciden en concebir al “profesor como un sujeto autónomo, activo y constructor de su propio conocimiento, a partir de la experiencia que adquiere durante la práctica” (González Sanmamed, 1995, p. 99).

4.3.6 Resumen de los Resultados de la Encuesta CAP por Bloques

Si se toman en conjunto los resultados de las encuestas aplicadas a docentes, y se analiza cómo esta situación impacta en las aulas donde se enseña la materia Salud, es posible discutir los hallazgos en base a los tres bloques temáticos de la encuesta CAP: conocimientos, actitudes y prácticas.

4.3.6.1 Sobre el Bloque Conocimientos

En relación con la información que poseen los/as docentes sobre la FHA, la mayoría afirmó haber oído hablar de la enfermedad, tal como fue corroborado en preguntas generales. Sin embargo, el nivel de conocimiento técnico y actualizado mostró variabilidad e inconsistencias relevantes. Aunque muchos identificaron correctamente al virus Junín como agente causal, un número no menor de docentes confundió el tipo de agente o mencionó incorrectamente otras enfermedades.

En cuanto a la vía de transmisión, si bien una parte importante reconoció que se produce principalmente por inhalación de partículas virales presentes en orina o heces de roedores, se observaron respuestas erróneas que aludían a picaduras o vectores biológicos, lo que evidencia una confusión con otras enfermedades zoonóticas.

Respecto a la distribución geográfica, la mayoría de los encuestados ubicó adecuadamente a la FHA como endémica en zonas rurales del noroeste bonaerense y otras provincias del centro del país. No obstante, algunos docentes mencionaron regiones sin circulación activa del virus o declararon desconocer su localización, lo que indica que, aunque hay un conocimiento general, falta precisión, lo que puede dificultar el reconocimiento del riesgo local, especialmente en zonas como Pergamino.

Sobre síntomas y formas clínicas, los/as docentes mencionaron los síntomas iniciales inespecíficos (fiebre, mialgias, cefalea), pero menos de la mitad identificó correctamente el riesgo de progresión a formas graves hemorrágicas si no se trata a tiempo. Esta falta de conocimiento podría reducir la percepción de gravedad y, por ende, disminuir la importancia de la detección precoz y la prevención.

En relación con el diagnóstico, la mayoría desconoce cómo se confirma la enfermedad. En cuanto al tratamiento, menos del 50% respondió correctamente que no existe tratamiento curativo específico, aunque el uso de plasma de convaleciente en etapas tempranas puede ser eficaz. Muchos consideran erróneamente que el plasma es el único tratamiento disponible.

En síntesis, aunque los/as docentes reconocen a la FHA como una enfermedad endémica relevante, sus conocimientos específicos presentan lagunas significativas sobre el agente causal, la transmisión, la gravedad, el diagnóstico y la prevención. Esta falta de profundidad conceptual puede limitar su rol como agentes multiplicadores de salud, especialmente teniendo en cuenta que enseñan en una zona de riesgo real de exposición. Todo ello refuerza la necesidad de implementar campañas educativas y de formación continua dirigidas a los formadores.

4.3.6.2 Sobre el Bloque Actitudes

En este bloque se indagó la percepción del riesgo, el nivel de preocupación y las actitudes hacia la prevención, vacunación y comunicación sobre la enfermedad.

Aunque una proporción considerable de docentes reconoció a la FHA como una enfermedad grave, pocos se perciben en riesgo personal concreto. Muchos la consideran una enfermedad limitada al ámbito rural o poco frecuente en la actualidad, lo que reduce la percepción subjetiva de vulnerabilidad. Esta baja percepción del riesgo personal, en un contexto endémico como Pergamino, puede debilitar las estrategias preventivas y relegar el tema de la FHA en la agenda educativa.

Respecto a la vacunación, la mayoría valoró positivamente la existencia de la vacuna Candid #1; sin embargo, una fracción significativa expresó dudas sobre su necesidad personal. Algunos docentes mencionaron que nunca la recomendaron a estudiantes o familiares, y varios desconocen dónde se aplica la vacuna o cómo acceder a ella. Esta disociación entre una actitud teóricamente favorable y una baja proactividad constituye un punto crítico si se espera que los/as docentes promuevan la vacunación.

Sobre la disposición a hablar del tema en el aula, muchos docentes manifestaron que no lo hacen o lo hacen de forma marginal. Las principales razones fueron la falta de información actualizada y la percepción de que no es un tema prioritario, dado que no está incluido entre los contenidos curriculares obligatorios. Esta situación refleja una oportunidad desaprovechada de educar en prevención comunitaria, especialmente considerando que la FHA es una enfermedad endémica en la zona.

Un hallazgo positivo es que muchos docentes reconocen sus propias limitaciones respecto al conocimiento sobre la FHA y manifestaron interés en capacitarse. Esta actitud reflexiva es una base clave para implementar estrategias de formación continua con potencial efecto multiplicador.

En resumen, las actitudes docentes hacia la FHA se inscriben en un marco general de responsabilidad y apertura, pero muestran una baja percepción de urgencia y escasa proyección práctica en el ámbito educativo. Aunque se reconoce la importancia de la enfermedad, no se la percibe como una amenaza cercana. Existe disposición a vacunarse y aprender, pero poca acción concreta en promoción o enseñanza. La falta de inclusión explícita del tema en los diseños curriculares limita su abordaje sistemático y refuerza la necesidad de fortalecer estas actitudes para transformarlas en acciones efectivas.

4.3.6.3 Sobre el Bloque Prácticas

Finalmente, se abordaron las acciones concretas que los/as docentes realizan en su vida personal y profesional en relación con la FHA, con el objetivo de evaluar su coherencia con las recomendaciones preventivas.

Un dato preocupante es que menos de la mitad de los/as docentes está vacunado contra la FHA, a pesar de vivir o trabajar en una zona endémica. Entre las razones mencionadas se encuentran: desconocimiento sobre el acceso a la vacuna, falta de información sobre su necesidad o beneficios, y la creencia errónea de que solo es necesaria para quienes trabajan directamente en zonas rurales.

Esta brecha entre el conocimiento general y la implementación de medidas personales refleja una baja percepción de riesgo y una subestimación del alcance territorial del virus.

En relación con las prácticas pedagógicas, la mayoría de los/as docentes no incluye de forma sistemática la FHA en sus clases. Las razones más frecuentes fueron: la ausencia del tema en los contenidos curriculares obligatorios y la priorización de otras enfermedades más conocidas o frecuentes, como las infecciones de transmisión sexual o el dengue. Esta exclusión impide que la FHA sea incorporada a la educación para la salud, lo cual es especialmente preocupante en una región donde la enfermedad continúa siendo una amenaza real.

En cuanto a la búsqueda activa de información, solo un grupo reducido de docentes declaró haber consultado recientemente fuentes científicas o ministeriales. La mayoría indicó que no accede a materiales oficiales ni recibe actualizaciones periódicas sobre enfermedades endémicas, lo que evidencia prácticas limitadas de formación continua autónoma.

Respecto a las prácticas de recomendación en el entorno social, sólo una minoría de docentes recomendó la vacunación a estudiantes, familiares o colegas. La mayoría no lo hace porque no percibe a la FHA como una amenaza concreta, lo que pone de manifiesto una escasa apropiación del rol docente como agente de salud comunitaria.

En conclusión, las prácticas actuales frente a la FHA muestran una desconexión entre conocimiento, actitud y acción concreta, tanto en el plano personal como profesional. A pesar de la disponibilidad gratuita de la vacuna Candid #1, pocos docentes se vacunan, no se promueve activamente la prevención en las aulas, no se actualizan los conocimientos, ni se ejerce plenamente el rol de promotor de salud en el entorno escolar y comunitario.

Para transformar el conocimiento y las actitudes en prácticas efectivas, es indispensable revalorizar el papel del docente como agente clave en la promoción de la salud, especialmente en contextos donde la FHA sigue siendo endémica y potencialmente mortal.

4.3.7 Limitaciones del Estudio

El presente trabajo presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño muestral y el carácter no probabilístico de la muestra limitan la posibilidad de generalizar los hallazgos a la totalidad de la población docente.

En segundo término, la utilización de un cuestionario autoadministrado en formato digital puede introducir sesgos de respuesta asociados al acceso a tecnologías, al interés personal en la temática o a la interpretación subjetiva de las preguntas.

Asimismo, el diseño descriptivo del estudio no permite establecer relaciones causales, sino únicamente caracterizar conocimientos, percepciones y prácticas en un momento determinado.

No obstante, estas limitaciones no invalidan los resultados obtenidos, sino que delimitan su alcance y refuerzan el valor del estudio como una aproximación exploratoria y diagnóstica, relevante para orientar futuras investigaciones y estrategias educativas.

Capítulo V

5. Conclusiones Generales

La presente investigación tuvo como objetivo analizar los CAP de los/las docentes del nivel secundario respecto a la FHA en el contexto local de Pergamino y su zona de influencia, área reconocida como parte de la región endémica de esta enfermedad. Para ello se diseñó y aplicó una encuesta CAP complementada con una revisión crítica de planificaciones docentes, contenidos curriculares vigentes y marcos normativos en el campo de la educación para la salud.

La FHA es una enfermedad endémica en 7 de las 12 RS componentes de la provincia de Buenos Aires de la cual el distrito de Pergamino está en una de ellas.

Esta enfermedad tiene una presentación clínica que es inicialmente inespecífica, lo cual es un problema ya que se vuelve peligrosa si se detecta pasada la primera semana afectando las probabilidades de sobrevida.

Por esa inespecificidad, la sensibilidad del sistema de vigilancia epidemiológica suele verse afectada, impactando negativamente en la oportunidad de diagnóstico y tratamiento adecuado.

El INEVH sostiene que la inmunización de la población expuesta en el área endémica y un sistema de vigilancia epidemiológica sensibles para la detección oportuna de casos, así como la gestión del tratamiento específico entre las áreas de Zoonosis Rurales, Hemoterapia y el propio INEVH son claves para la disminución del impacto de esta enfermedad.

Ante lo anteriormente expuesto, resulta evidente la necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica de FHA en la zona endémica, asegurando la sensibilidad para la sospecha clínica de los SFAI, detección precoz y tratamiento oportuno.

Una mejora en la calidad de la vigilancia epidemiológica de FHA aseguraría, además, un incremento en el número de potenciales donantes de plasma de convaleciente para el tratamiento eficaz de nuevos casos.

Ahora bien, nos preguntamos si este esfuerzo es suficiente para no volver a tener las cifras de la enfermedad en las décadas de picos de infectados previos a la vacuna. Creemos de manera contundente que no todo el esfuerzo explicado debe complementarse desde el abordaje de la problemática en el área de salud. La educación y la salud son dos áreas fundamentales que están estrechamente relacionadas entre sí. En general, se considera que una buena educación es esencial para tener una vida saludable, ya que permite a las personas tomar decisiones informadas sobre su bienestar y adoptar comportamientos saludables. A lo largo de la historia de la educación argentina, diversos autores han destacado la importancia de abordar la salud como parte integral del proceso educativo, y han resaltado la necesidad de promover la educación sanitaria como una tarea prioritaria para prevenir enfermedades y mejorar la salud de la población.

La educación y la salud están interconectadas y son igualmente importantes para el bienestar de las personas. Por lo tanto, es sumamente relevante promover políticas y

prácticas que fomenten la educación y la salud en conjunto, para garantizar una sociedad saludable y próspera.

La educación también puede ayudar a las personas a desarrollar habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones, lo que puede ser útil en situaciones que afectan la salud. Por ejemplo, una educación adecuada puede ayudar a las personas a entender cómo prevenir determinadas enfermedades como es el caso de la FHA.

El Estado crea instituciones encargadas de llevar a cabo funciones específicas en salud como es el caso del INEVH y les demanda calidad en su tarea específica. La Escuela es otra de ellas. La sociedad se ha ido transformando y reclama de la Escuela una transformación semejante, una institución que forme individuos competentes y comprometidos con los problemas de su comunidad.

Una Escuela de calidad es una Escuela en conexión directa con las otras instituciones que se encuentren en el territorio con una metodología de trabajo en base a proyectos para cumplir dichas funciones con calidad.

El abordaje desde el PI es estratégico para lograr cambios desde adentro de la escuela y desde la misma hacia el afuera. Lo estratégico se debe en primer lugar a la posibilidad de intervención de la realidad concreta del contexto de cada lugar y en segundo lugar porque los proyectos al ser colectivos ayuda a la eficacia de su implementación por ser propuestas que al surgir desde la institución se sienten propias y permiten que los participantes se apropien significativamente de las mismas.

De manera que una propuesta que no forma parte de un currículum, que no se encuentra explicitado en el PI, puedan aparecer escritas en las planificaciones docentes para ser implementadas propiciando nuevos conocimientos, acercarlos a la comunidad que debe percibirse en riesgo y de esta manera cuidarse mejor.

Ya se observó el rol activo en el autocuidado cuando se aumentó la información circulante sobre COVID-19. El desarrollo de herramientas útiles educativas en pos de buenas prácticas de salud son imprescindibles para la población a la que está dirigida la

cual asume la responsabilidad en su propio cuidado, acostumbrándose a nuevos hábitos que prevendrán enfermedades o complicaciones de las mismas.

Los hallazgos de esta tesis también evidencian que, a pesar del reconocimiento general de la FHA como una enfermedad relevante, existen debilidades significativas en el conocimiento técnico, en la percepción del riesgo y en las acciones concretas implementadas tanto en el plano personal como en la práctica educativa. A continuación, se presentan las conclusiones principales organizadas por eje temático.

5.1 Conocimientos: Fragmentarios, Desactualizados e Insuficientes

Si bien la mayoría de los/as docentes indicó haber oído hablar de la FHA, el análisis detallado mostró que el conocimiento específico sobre la enfermedad es limitado y, en muchos casos, impreciso. Existen errores conceptuales frecuentes en torno al agente causal, las formas de transmisión, la gravedad potencial y el tratamiento actual disponible. Estos vacíos afectan la comprensión integral de la enfermedad y comprometen la capacidad de transmitir información adecuada y veraz en el ámbito escolar.

El desconocimiento sobre el diagnóstico y sobre la aplicación del plasma de convaleciente como tratamiento efectivo en fases tempranas es también notable. A su vez, el conocimiento geográfico de la distribución endémica es general pero no preciso, lo cual puede impactar negativamente en la valoración del riesgo local por parte de los/as docentes que habitan y enseñan en zonas como Pergamino, donde el virus sigue circulando.

5.2 Actitudes: Disposición Positiva pero Baja Percepción de Urgencia

En términos generales, los/as docentes manifestaron una actitud responsable y abierta hacia la salud y la vacunación, con interés en capacitarse y compromiso con la educación sanitaria. Sin embargo, se detectó una escasa percepción de riesgo personal frente a la FHA, lo que puede deberse tanto a la invisibilización social del tema como a su exclusión en las agendas escolares y sanitarias actuales.

Muchos docentes consideran que la FHA es una enfermedad “exclusivamente rural”, lo cual disminuye su percepción subjetiva de vulnerabilidad. Este hecho es crítico si

se espera que los/as docentes asuman un rol activo como promotores de salud, tanto en el aula como en su entorno comunitario.

En cuanto a la actitud hacia la vacunación, si bien se la valora positivamente en términos abstractos, la acción concreta —ya sea vacunarse o recomendar la vacuna— es baja, porque aunque el 48.6% de los y las docentes participantes de este trabajo tengan la vacuna, lo esperado sería que la totalidad de las personas que viven o trabajan en el área endémica estén vacunados con Candid #1 porque la FHA no es una enfermedad privativa del ámbito rural (Sinchi, 2022).

Sinchi además estima en 2025 una cobertura vacunal con cifras preocupantemente bajas. Según su análisis a través de las fichas epidemiológicas de los casos notificados entre 2020 y 2024, descubre que la cobertura aparente varía entre un mínimo del 11 % y un máximo ajustado del 20,4 % en la población mayor de 15 años residente en el área endémica. Estas cifras están lejos del estándar propuesto por la OMS, que establece como meta una cobertura superior al 80 % para todas las vacunas del calendario.

También se identificaron dificultades para acceder a información clara y actualizada sobre dónde vacunarse, lo cual podría contribuir al desinterés o postergación.

Un hallazgo esperanzador es que muchos docentes reconocen sus limitaciones sobre la temática y expresan su voluntad de aprender, lo cual constituye un terreno fértil para desarrollar programas de formación y actualización con impacto real en las comunidades educativas.

5.3 Prácticas: Desconexión entre Saber, Creer y Hacer

El análisis de las prácticas docentes en relación con la FHA refleja una fuerte disociación entre el conocimiento declarado y la acción concreta. Menos de la mitad de los/as docentes está vacunado, no se promueve activamente la prevención en las aulas, y la mayoría no incluye la FHA en sus planificaciones ni la aborda en clase. Las razones aludidas incluyen la falta de contenidos curriculares específicos y la priorización de otras problemáticas de salud más visibles, como Infecciones de transmisión sexual, dengue o consumos problemáticos.

A pesar de residir en una región endémica, no se ha logrado instalar la FHA como tema prioritario en la educación para la salud escolar, lo que representa una oportunidad perdida para promover prácticas preventivas desde la adolescencia. Las prácticas de búsqueda de información, actualización y recomendación en el entorno también son escasas, lo cual refuerza la idea de que la FHA permanece ausente tanto de la agenda educativa como de la conciencia social inmediata.

5.4 Proyectos Educativos Institucionales, Diseños Curriculares, Planificación, Libros de Texto y Contexto: una Deuda Estructural

El análisis de planificaciones escolares y de los contenidos curriculares provinciales revela que la FHA no figura de manera explícita ni sistemática dentro de los temas obligatorios en el área de Ciencias Naturales o Salud. Esta ausencia curricular funciona como una justificación para no abordar el tema en el aula, pero también como una limitación estructural que debilita la posibilidad de incluir contenidos contextualizados en zonas endémicas.

Esta omisión curricular refleja una tensión estructural entre los diseños formales y las realidades locales. Mientras se insiste en una educación en salud genérica o de alcance nacional, se invisibilizan las problemáticas sanitarias específicas de cada territorio, lo que impide una pedagogía situada, crítica y transformadora.

La ausencia de PI que trabaje de manera explícita y sostenido en el tiempo la problemática de la FHA en las escuelas secundarias del distrito de Pergamino, donde es endémica la enfermedad, pierde la oportunidad de convertir el conocimiento científico en una herramienta de prevención para la propia comunidad educativa. La falta de eventos institucionales como jornadas, campañas, actividades o proyectos áulicos interdisciplinarios deja exclusivamente a la formación histórica individual del docente o a su propio interés generando así respuestas fragmentadas y aisladas a la problemática.

Esta ausencia estructural restringe el potencial de una escuela como promotora de salud dificultando la apropiación de estudiantes y sus familias la aprehensión de conocimientos sólidos, actitudes y prácticas preventivas y un sentido de responsabilidad

ante una enfermedad grave pero de fácil prevención. Además, la escasa articulación entre los PI y los determinantes socio-sanitarios de la comunidad diluye el impacto de la educación como estrategia clave en la salud pública.

La incorporación en los PI a la FHA además de contribuir a una formación crítica en contexto a la enfermedad endémica podría permitir una consolidación de la escuela como un agente activo en la prevención y la difusión de información confiable. En este sentido, la planificación institucional no puede desentenderse de los problemas sanitarios locales sin dejar de comprometer una parte esencial de su función social.

La escasa presencia de la FHA en las planificaciones anuales docentes dentro de la materia Salud y Adolescencia representa una oportunidad desaprovechada. A pesar de que este espacio privilegia la prevención y la promoción de la salud en pos de una ciudadanía con perspectiva sanitaria, la FHA permanece ausente o marginalmente tratada en la mayoría de las propuestas pedagógicas la cual responde por un lado a la falta de formación específica en la temática de los/as docentes, escasa actualización y la oculta presencia del tema en los lineamientos curriculares.

A su vez, la ausencia de la FHA en las planificaciones pedagógicas genera una desconexión entre la escuela y el entorno socio-sanitario perdiendo la posibilidad de formar adolescentes informados, capaces de identificar riesgos, adoptar actitudes preventivas y actuar como facilitadores de información en sus comunidades en la cual viven.

En este sentido, la presencia de la FHA en las planificaciones pedagógicas de Salud y Adolescencia no es una actualización de contenidos, sino un compromiso con el derecho a la salud. Diseñar propuestas didácticas que articulen ciencia, territorio y prevención es clave para empoderar a los jóvenes en su rol como actores activos en el cuidado de la salud individual y colectiva.

El vacío o escasa presencia de contenidos específicos sobre la FHA en los libros de texto de nivel secundario representa una limitación estructural para el abordaje pedagógico por parte de los/as docentes no solo en el tratamiento de los contenidos específicos sobre sus características clínicas, vías de transmisión, áreas de riesgo y mecanismos de

prevención, entre otros, sino la imposibilidad de generar una reflexión crítica sobre el conocimiento situado para el desarrollo de prácticas de prevención por parte de los alumnos. También genera en las diferentes escuelas abordajes desiguales, fragmentarios y dependientes de la formación individual de cada docente o equipo directivo. Los/as docentes deben recurrir a su propia formación, lo cual genera abordajes heterogéneos en las instituciones lo cual se traduce en una falla estructural que compromete la función de la escuela como agente de promoción y prevención en salud.

5.5 Conclusión Integradora

La FHA representa un problema de salud pública con consecuencias potencialmente graves en las zonas donde circula. Sin embargo, esta enfermedad no ocupa un lugar prioritario en las representaciones ni en las prácticas docentes en Pergamino, a pesar de ser una región endémica. Este estudio pone en evidencia que los/as docentes no cuentan con los saberes suficientes, las herramientas didácticas ni el respaldo institucional necesario para asumir el rol de agentes promotores de salud frente a esta problemática específica.

La distancia entre conocimiento, actitud y práctica se profundiza en ausencia de políticas educativas que reconozcan y valoren la importancia de la educación sanitaria territorializada. La omisión de la FHA en los DC y la escasa circulación de información actualizada atentan contra la posibilidad de generar conciencia colectiva e incorporar estrategias de prevención desde la escuela.

5.6 Recomendaciones Finales

A partir de los hallazgos, se sugieren las siguientes acciones:

- Incluir contenidos específicos sobre FHA en los diseños curriculares de educación secundaria en regiones endémicas.
- Desarrollar programas de formación continua para docentes, con materiales claros, actualizados y accesibles.
- Promover la transversalización de contenidos de salud territorial en las materias afines.

- Fortalecer los lazos entre las instituciones educativas y los programas de salud pública locales, integrando actividades, talleres y campañas de vacunación.
- Estimular la reflexión docente a través de dispositivos de escritura, socialización de experiencias y análisis de prácticas, siguiendo propuestas como las de Perrenoud (2001) y Gangli (2019).

Finalmente, esta tesis deja en evidencia que, para prevenir enfermedades endémicas como la FHA, no alcanza con una vacuna eficaz: se requiere una educación en salud contextualizada, comprometida y sostenida, donde el rol del docente sea reconocido, potenciado y acompañado por políticas públicas que integren salud y educación en un mismo horizonte de justicia social y responsabilidad estatal en la protección de la salud colectiva.

Capítulo VI

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, C. (1997). La Preconscripción. En: H. Cucuzza (Dir.), *Estudios de Historia de la Educación Durante el Primer Peronismo*. Los Libros del Riel.
- Acevedo, C., & Pittelli, C. (1997). La Libreta Sanitaria o el Pudor de las Niñas. En H. Cucuzza (Dir.), *Estudios de Historia de la Educación Durante el Primer Peronismo*. Los Libros del Riel.
- Agnese, G. (2010). La “peste” de los peones. Fiebre Hemorrágica Argentina: población e imaginario 1943-1962. En M. E. Fernández, R. I. Drovetta, & M. L. Rodríguez (Comps.), *Padecimientos en grupos vulnerables del interior de Argentina: procesos históricos y actuales de salud, enfermedad y atención* (1.ª ed., pp. 614–650). Ferreyra Editor; Centro de Estudios Avanzados - Universidad Nacional de Córdoba.
- Agnese, G. (2011). *Historia de la fiebre hemorrágica argentina. Imaginario y espacio rural (1963-1990)*. Prohistoria Ediciones.
- Agüero, A., & Milanino, A. (2019). Los inicios de la salud escolar en Buenos Aires: hitos y protagonistas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 10(40).

- Agüero, A. L. (2007). Prólogo. En N. I. Sánchez, *La higiene y los higienistas en la Argentina (1880-1943)*. Sociedad Científica Argentina.
- Agüero, A. L., & Franci, J. M. (1983). Dr. José María Ramos Mejía. *Revista Mundo Hospitalario*, 6.
- Agüero, A. L., Milanino, A. E., Sánchez, N. I., & Kohn Loncarica, A. (2002). Salud escolar en la ciudad de Buenos Aires. ¿Un instrumento de control social? *Revista Electrónica de Historia y Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina, UBA*, 1(1).
- Aldrete Rodríguez, M. G., Valadez Figueroa, I., Cabrera Pivaral, C., Mendoza Roaf, P., Pando Moreno, M., & Aranda Beltran, C. (2002). La Educación para la Salud en las Escuelas de Educación Básica. *Investigación en Salud*, 4(3).
- Alonso, A. J. M. (Ed.). (2004). *La educación en valores en la institución escolar: planeación-programación*. Editorial Plaza y Valdés.
- Alvarado Oyarce, O. (2005). *Gestión de Proyectos Educativos*. Fondo Editorial.
- Álvarez, R. (2002). Situación actual de la salud pública y la medicina preventiva en América Latina. En M. Lazo de la Vega Sánchez (Ed.), *Salud Pública y Medicina Preventiva* (3.ª ed., pp. 83-94). Editorial El Manual Moderno.
- Álvarez Dardet-Peiró, C. (2000). *Informe SESPAS 2000: La Salud Pública ante los desafíos de un nuevo siglo*. EASP.
- Ambrosio, A. M., Saavedra, M. C., Riera, L., & Fassio, R. M. (2006). La producción nacional de vacuna a virus Junín vivo atenuado (Candid#1) anti-fiebre hemorrágica argentina. *Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana*, 40(1), 5–17.
- Ander-Egg, E., & Aguilar Idañez, M. J. (1997). *Cómo elaborar un proyecto. Guía para diseñar proyectos sociales y culturales*. Lumen Humanitas.
- Anijovich, R. (2014). *Gestionar una escuela con aulas heterogéneas: enseñar y aprender en la diversidad*. Paidós.
- Anijovich, R., & Capelletti, G. (2018). *La práctica reflexiva en los docentes en servicio. Posibilidades y limitaciones*.
- Anijovich, R., & González, C. (2016). *Evaluar para aprender*. Aique.

- Anijovich, R., & Mora, S. (2009). *Estrategias de enseñanza: otra mirada al quehacer en el aula*. Aique.
- Anijovich, R., Mora, S., & Luchetti, E. (2009). *Estrategias de enseñanza: otra mirada al quehacer en el aula* (Vol. 1). Aique.
- Armus, D. (Trad.). (1983). *Manual de Emigrante Italiano*. CEAL.
- Armus, D., & Belmartino, S. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En H. Cattaruzza (Dir.), *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política (1930-1943)* (Nueva Historia Argentina). Sudamericana.
- Arriabalzaga, R. A. (1955). Una nueva enfermedad epidémica de germen desconocido: hipertermia nefrotóxica, leucopénica y enantemática. *Día del Médico*, 27, 1204–1210.
- Ashford, R. W. (1996) - Leishmania reservoirs and their significance in control. *Clinics in Dermatology*, 14 : 523-532.
- Ashford, R. W. (1997) - What it takes to be a reservoir host. *Belgian Journal of Zoology* -127(1) - 85-90.
- Ashton, J., & Seymour, H. (1998). *La nueva salud pública: La experiencia de Liverpool* (3.^a ed.). Editorial Masson, S.A.
- Auza, N. T. (1975). *Católicos y liberales en la generación del 80*. ECA.
- Avedano, C. (28 de agosto de 2015). Los movimientos antivacunas, ¿por qué existen?
Bekia Padres.
<https://www.bekiapadres.com/articulos/movimientos-antivacunas-por-que-existen/>
- Barrera Oro, J. G., & McKee, K. T. (1991). Toward a Vaccine against Argentine Hemorrhagic Fever. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 25(2), 118–126.
- Barrera Oro, J. G., & McKee, K. T. (1992). *Hacia una vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana.
- Battolla, J., & Bortz, J. E. (2007). Los orígenes de la salud escolar en Buenos Aires. *Revista Hospital Italiano de Buenos Aires*, 27(2), 90–94.

- Bejarano Ortiz, B. L., Garzón Rodríguez, C. M., & Tobar Rojas, F. (2006). *Educación y salud: una nueva perspectiva de trabajo en común: construyendo otra mirada de educación para la vida*. Programa PARCES.
- Bilenca, D. N., & Kravetz, F. O. (1998). Seasonal variations in microhabitat use and feeding habits of the pampas mouse *Akodon azarae* in agroecosystems of central Argentina. *Acta Theriologica*, 43, 195–203.
- Blanco, N. (1994). Materiales curriculares: los libros de texto. En J. F. Angulo & N. Blanco, *Teoría y Desarrollo del Curriculum*. Aljibe.
- Bonaventura, S. M., Bellocq, M. I., & Kravetz, F. O. (1988). Selección de hábitat por roedores en campos de cultivo. Un estudio experimental. *Physis (Buenos Aires) Sección C*, 47, 1–5.
- Bourdieu, P. (1992). *El sentido práctico*. México: Edit. Taurus
- Briggiler, A., Sinchi, A., Coronel, F., Sánchez, Z., Levis, S., Taylor, J., et al. (2015). Los nuevos escenarios de transmisión de la fiebre hemorrágica argentina desde la introducción de la vacuna a virus Junín vivo atenuado (candid#1): una experiencia en trabajadores golondrinas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 165–171.
- Buenos Aires (prov.). Dirección General de Cultura y Educación. (2010). *Diseño curricular para la educación secundaria ciclo superior ES4: biología* (C. Bracchi, Coord.). Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires.
- Buenos Aires (prov.). Dirección General de Cultura y Educación. (2010). *Diseño curricular para la educación secundaria ciclo superior ES4: salud y adolescencia* (C. Bracchi, Coord.). Dirección General de Cultura y Educación de la provincia de Buenos Aires.
- Busch, M., Kravetz, F. O., Percich, R. E., & Zuleta, G. A. (1984). Propuesta para un control ecológico de la Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA) a través del manejo del hábitat. *Medicina (Buenos Aires)*, 44, 34–40.

- Busch, M., Miño, M., Dadon, J., & Hodara, K. (2000). Habitat selection by *Calomys musculinus* (Muridae, Sigmodontinae) in crop areas of the pampean region, Argentina. *Ecología Austral*, 10, 15–26.
- Busquets, M. D., Cainzos, M., Fernández, T., Leal, A., Moreno, M., & Sastre, G. (1995). *Los temas transversales: claves de la formación integral*. Aula XXI; Editorial Santillana.
- Camilloni, A. (2001). *Modalidades y proyectos de cambio curricular*. Aportes para el Cambio Curricular en Argentina. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, OPS/OMS.
- Cammarota, A. (2011). El cuidado de la salud de los escolares en la provincia de Buenos Aires durante el primer peronismo (1946-1955). Las libretas sanitarias, las fichas de salud y las cédulas escolares. *Propuesta Educativa*, (35), 113–120.
- Caputi, D. C. (2014). El libro de texto: una mirada más. *Sociales y Virtuales*, 1(1).
- Carballal, G., Videla, C., & Merani, M. (1988). Epidemiology of Argentine Hemorrhagic Fever. *European Journal of Epidemiology*, 4, 259–274.
- Cassay, D. (1995). Estrategias de enseñanza y diseño de unidades de aprendizaje. En R. Rottemberg & R. Anijovich, *Didáctica: el campo de la intervención en la enseñanza*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Centro de Referencia Latinoamericano para la Educación Preescolar. (s.f.). *La familia en el proceso educativo*. Organización de Estados Iberoamericanos.
- Chauvin, S., et al. (2017). *Salud y adolescencia: Recursos para el docente*. Santillana.
- Chávez, P. (1995). *Metodología para la formulación y evaluación de Proyectos Educativos: un enfoque estratégico*. CINTERPLAN.
- Choppin, A. (2000). Pasado y presente de los manuales escolares. En J. Ruiz Berrio (Ed.), *La cultura escolar de Europa. Tendencias históricas emergentes* (pp. 107-165). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Cipolla, D., Martínez, R., & Macek, L. (2010). *La Salud Pública durante los gobiernos peronistas (1946-1955)*. Anuario 2010 Instituto Nacional de Investigaciones Históricas Eva Perón.

- Cittadino, E. A., De Carli, P., Busch, M., & Kravetz, F. O. (1994). Effects of food supplementation on rodents in winter. *Journal of Mammalogy*, 75, 446–453.
- Cockcroft, W.H. (1985). Las matemáticas sí cuentan: informe Cockcroft. Madrid, España: Ministerio de Educación y Ciencia, Subdirección General de Perfeccionamiento del Profesorado.
- Cols, E. B. (2011). *Estilos de enseñanza. Sentidos personales y configuraciones de acción tras la semejanza de las palabras* (1.ª ed.). Homo Sapiens.
- Cornelis, S. M. (s.f.). Control y generización de los cuerpos durante el peronismo. La educación física como transmisora de valores en el ámbito escolar (1946-1955). *Instituto Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, Facultad de Ciencias Humanas UNLPam*.
- Corominas, J. (2014). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana* (3.ª ed.). Editorial Gredos.
- Crespo, J., Sabattini, M., Piantanida, M., & de Villafañe, G. (1970). *Estudios ecológicos sobre roedores silvestres. Observaciones sobre densidad, reproducción y estructura de las comunidades de roedores silvestres en el sur de la provincia de Córdoba*. Ministerio de Bienestar Social, Secretaría de Estado de Salud Pública.
- Crocco, L., López, A. G., & Rodríguez, C. (2013). Chagas en Argentina: ¿qué saben los docentes? *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 15(1), 75–87.
- Crocco, L., López, A. G., Rodríguez, C., & Catalá, S. (2010). Controlando la enfermedad de Chagas desde la escuela. *Revista Educación en Biología*, 13(2), 16–20.
- Crocco, L., de Longhi, A. L., & Rodríguez, C. (2006). Modelo de gestión interinstitucional para la promoción de la salud desde la escuela: caso Chagas y Dengue. *Revista Iberoamericana De Educación*, 38(6), 1–12. <https://doi.org/10.35362/rie3862617>
- Crocco, L., Rodríguez, C., Catalá, S., & Nattero, J. (2005). Enfermedad de Chagas en Argentina: herramientas para que los escolares vigilen y determinen la presencia de factores de riesgo en sus viviendas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 646–651.
- Da Silva, T. T. (1995). *Escuela, conocimiento y curriculum*. Miño y Dávila.

- Da Silva, T. T. (2001). *Espacios de identidad*. Editorial Autentica.
- Davini, M. C. (2008). *Métodos de enseñanza. Didáctica general para maestros y profesores*. Santillana.
- De Alba, A. (1995). *Curriculum: Crisis, Mito y Perspectivas*. Miño y Dávila.
- de Villafañe, G., Kravetz, F., Donadio, O., Percich, R., Knechen, L., Torres, M., & Fernández, N. (1977). Dinámica de las comunidades de roedores en agroecosistemas pampásicos. *Medicina (Buenos Aires)*, 37, 128–138.
- Díaz Barriga, Á. (1988). *Didáctica y currículum*. Editorial Nuevomar.
- Díaz Barriga, Á. (1994). *El currículo escolar. Surgimiento y perspectivas*. Aique Grupo Editor.
- Dirección Provincial de Epidemiología Prevención y Promoción de Salud. (s.f.). *Boletín epidemiológico n° 38*. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.
- Dussel, I. (2010). *El currículum*. Explora. Las ciencias en el mundo contemporáneo. Programa de Capacitación Multimedial, Ministerio de Educación de la Nación.
- Edelstein, G., & Litwin, E. (1993). Nuevos debates en las estrategias metodológicas del currículum universitario. *Revista Argentina de Educación*, 11(19), 79–86.
- Egan, K. (2000). *Mentes educadas*. Paidós.
- Ellis, B., Mills, J., Childs, J., Muzzini, M., McKee, K. Jr., Enría, D., et al. (1997). Structure and floristics of habitats associated with five rodent species in an agroecosystem in Central Argentina. *Journal of Zoology (London)*, 243, 437–460.
- Elsner, B., Castilla, J. M., & Borda, J. T. (1973). Pathology of 12 fatal cases of Argentine hemorrhagic fever. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 22(2), 229–236.
- Enría, D. A. (2004). Fiebre Hemorrágica Argentina. En J. O. Gorodner (Ed.), *Enfermedades Infecciosas* (2.ª ed., pp. 69–75). Corpus Libros.
- Enría, D., Ambrosio, A. M., Briggiler, A. M., Feuillade, M. R., & Crivelli, E. (2010). Vacuna contra la fiebre hemorrágica argentina Candid#1 producida en la Argentina: Inmunogenicidad y seguridad. *Medicina*, 70(3), 215–222.

- Enria, D. A., Ambrosio, A. M., Briggiler, A. M., Feuillade, M. R., Levis, S., & Maiztegui, J. I. (1999). Impact of the vaccination of high risk population for AHF with a live attenuated Junin virus vaccine. En J. F. Saluzzo & B. Dodet (Eds.), *Factors in the Emergence and Control of Rodent-Borne Viral Diseases (Hantaviral and Arenaviral Diseases)* (pp. 273–280). Elsevier.
- Enria, D. A., Briggiler, A. M., & Feuillade, M. R. (1998). An overview of the epidemiological, ecological and preventive hallmarks of Argentine Hemorrhagic Fever (Junin virus). *Bulletin de l'Institut Pasteur*, 96(2), 103–114.
- Enria, D. A., Briggiler, A. M., Fernández, N. J., & Levis, S. C. (1984). Importance of dose of neutralising antibodies in treatment of Argentine haemorrhagic fever with immune plasma. *Lancet*, 2(8397), 255–256.
- Enria, D. A., Briggiler, A. M., Feuillade, M. R., & Maiztegui, J. I. (1985). Síndrome neurológico tardío en enfermos de fiebre hemorrágica argentina tratados con plasma inmune. *Medicina (Buenos Aires)*, 45(6), 615–620.
- Enria DA, Mastrángelo AV, Tagliabue P, Digilio C, Sinchi A, Berro L, et al. Nuevos escenarios de transmisión de la fiebre hemorrágica argentina en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe en la era posvacunación 2001-2010. En: Comisión Nacional Salud Investiga. Anuario Becas de Investigación “Ramón Carrillo Arturo Oñativia” 2011. Buenos Aires; MINSA; 2013:234.
- Enria, D. A., Maiztegui, J. I., Peters, C. J., & Ambrosio, A. M. (2011). Arenavirus Infections. En *Tropical Infectious Diseases: Principles, Pathogens and Practice* (3.^a ed., pp. 449–461). Saunders Elsevier.
- Enria DA y Barrera Oro JG. Junin virus vaccines. En: MBO Oldstone - Springer - Verlag (eds). *Arenaviruses II. Current Topics in Microbiology and Immunology*; 2002, 263: 239-64.
- Fainholc, B. (2001) Tecnología Educativa Apropriadada y Crítica: una revisita a su campo a comienzos de siglo, Revista RUEDA- Red Universitaria de Educación a distancia. UNLU, Septiembre.

- Feldman, D. (1994). *Curriculum, maestros y especialistas*. Libros del Quirquincho.
- Fernández Palop, M. P., & Caballero García, P. A. (2017). El libro de texto como objeto de estudio recurso didáctico para el aprendizaje: fortalezas y debilidades. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 20(1), 201–217.
- Fierro, C., Fortoul, B., & Rosas, L. (1999). *Transformando la Práctica Docente. Una Propuesta Basada en la Investigación Acción*. Paidós.
- Fiorucci, F., Rodríguez, L. G. (Comps.). (2018). *Intelectuales de la educación y el Estado: maestros, médicos y arquitectos*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Flinders, D. J., Noddings, N., & Thornton, S. (1986). The null curriculum: its theoretical basis and practical implications. *Curriculum Inquiry*, 16(1), 14.
- Foucault, M. (1996). *El orden del discurso* (A. González Troyano, Trad.). Ediciones de La Piqueta.
- Franceschini, M. C., de Andrade, E. A., & Cimmino, K. (2018). Healthy cities, healthy settings and education: how do they work together to promote sustainable development? En U. M. Azeiteiro, M. Akerman, W. Leal Filho, A. F. F. Setti, & L. L. Brandli (Eds.), *Lifelong learning and education in healthy and sustainable cities* (pp. 207–218). Springer.
- Frigerio, G., Poggi, M., & Tiramonti, G. (1992). *Las instituciones educativas. Cara y ceca*. Troquel.
- Furman, M., Larsen, M. E., & Ellomo, A. (2020). *Metacognición: ¿cómo formar estudiantes capaces de regular su propio proceso de aprendizaje?* (Documento 07). Proyecto Las preguntas educativas: ¿qué sabemos de educación? CIAESA.
- Gangli, C. I. (2019). Las prácticas de enseñanza relacionadas con la educación sexual en escuelas medias de la Provincia de Santa Fe [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario]. Repositorio de la Universidad Nacional de Rosario.
<http://hdl.handle.net/2133/15517>

- García Gili, M. I., Zampetti, A., Asencio, M. D., Leone, C. S., Gutiérrez, M., & Mindlin, P. E. (2023). Fiebre hemorrágica argentina: Comunicación de dos casos en zona no endémica. *Medicina (Buenos Aires)*, 83(1), 129–132.
- Gárgano, C., & Piaz, A. (2017). Fiebre hemorrágica Argentina. Conflictos y desafíos para la ciencia en el ámbito rural. *Asclepio*, 69(1), 178.
<https://doi.org/10.3989/asclepio.2017.10>
- Gimeno Sacristán, J. (1995). *El curriculum: una reflexión sobre la práctica*. Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (1997). *La transición a la educación secundaria*. Morata.
- Gimeno Sacristán, J. (1998). *Poderes inestables en educación*. Morata.
- Gimeno Sacristán, J., & Pérez Gómez, Á. (1989). *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Akal.
- González Sanmamed, M. (1995). *Formación Docente: Perspectivas desde el desarrollo del conocimiento y la socialización profesional*. Barcelona, España: PPU
- Great Britain. Committee of Inquiry into the Teaching of Mathematics in Schools. (1985). *Las matemáticas sí cuentan: Informe Cockcroft*. Ministerio de Educación y Ciencia.
- Harrison, L. H., Maiztegui, J. I., Culatas, C. V., de Damilano, A. J., & Briggiler, A. M. (1999). Clinical case definitions for Argentine hemorrhagic fever. *Clinical Infectious Diseases*, 28(5), 1091–1094. <https://doi.org/10.1086/514749>
- Haydon D., Cleaveland S., Taylor L., and Laurenson M. (2002). Identifying Reservoirs of Infection: A Conceptual and Practical Challenge. *Emerging Infectious Diseases*, 8(12), 1468-1473. <https://doi.org/10.3201/eid0812.010317>.
- Hernández-Díaz, J., Paredes-Carbonell, J. J., & Torrens, R. M. (2014). Cómo diseñar talleres para promover la salud en grupos comunitarios. *Atención Primaria*, 46(1), 40–47.
- Hirschegger, I. (2007). La medicina asistencial, sanitaria y social peronista. Discurso, acciones y logros. El caso de San Rafael, Mendoza (1949-1952). *Revista de Historia Americana y Argentina*, (42), 57–90.

- Holman, A. (2012). *Protección de la Infancia* (M. Sariego & M. P. Gáñez, Trads.). Iniciativa de Protección de la Infancia, Save the Children.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2009, 21 de octubre). *Ley 26529*.
- IIPE-UNESCO. (2003). *INTEGRA: Herramientas para la gestión de proyectos educativos con TIC*. IIPE.
- Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas "Dr. Julio I. Maiztegui".(2025)
Prospecto Vacuna Candid#1. Cepa Candid#1 de virus Junín vivo atenuado.
Pergamino, Argentina.
- Ippolito-Shepherd, J. (2003). *Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud: estrategias y líneas de acción 2003-2012*. OPS.
- Jackson, P. W. (1994). *La vida en las aulas* (3.^a ed.). Morata y Fundación Paideia.
- Kemmis, S. (1988). *El curriculum: más allá de la teoría de la reproducción*. Morata.
- Kravetz, F. (1978). *Ecología de las comunidades de roedores involucradas en la Fiebre Hemorrágica Argentina* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires].
- Kravetz, F. O., & de Villafañe, G. (1981). Poblaciones de roedores en cultivo de maíz durante las etapas de madurez y rastrojo. *Historia Natural*, 1, 213–232.
- Kravetz, F., & Polop, J. (1983). Comunidades de roedores en agroecosistemas del Departamento Río Cuarto, Córdoba. *Ecosur*, 10, 1–10.
- Ley N° 26.061. (2014). *Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Secretaría de Derechos Humanos.
- Litwin, E. (2008). *El oficio de enseñar: condiciones y contextos*. Paidós.
- Lluch, A., & Rodríguez, A. (2000). Maestras y "educación para la salud". Redefiniciones de la práctica docente desde la política oficial. En M. Di Liscia, M. Folco, A. Lluch, M. Morales, A. Rodríguez, & M. Zink, *Mujeres, maternidad y peronismo*. FEP (Fondo Editorial Pampeano).
- Lorda, M. A., Prieto, M. N., & Kraser, M. B. (2013). La organización de la tarea didáctica: La planificación. *Geograficando: Revista de estudios geográficos*, (9).

<https://link.gale.com/apps/doc/A598194163/IFME?u=anon~e6a44fcc&sid=googleScholar&xid=010485bb>

Lortie, D. (1975). *Schoolteacher: A sociological study*. Chicago: University of Chicago Press.

Lundgren, U. (1992). *Teoría del Curriculum y Escolarización*. Morata.

Maes, P., Alkhovsky, S. V., Bào, Y., Beer, M., Birkhead, M., & Briese, T. (2018). Taxonomy of the family Arenaviridae and the order Bunyavirales: update 2018. *Archives of Virology*, 163, 2295–2310. <https://doi.org/10.1007/s00705-018-3843-5>

Maiztegui, J. I. (1975). Clinical and epidemiological patterns of Argentine haemorrhagic fever. *Bulletin of the World Health Organization*, 52(4-5-6), 567–575.

Maiztegui, J. I. (1991). Fiebre Hemorrágica Argentina. En J. O. Gorodner et al., *Patología Regional Argentina*. Fundación Argentina.

Maiztegui, J., & Sabattini, M. (1977). Extensión progresiva del área endémica de Fiebre Hemorrágica Argentina. *Medicina*, 37, 162–166.

Maiztegui, J. I., Fernández, N. J., & Damilano, A. J. (1979). Efficacy of immune plasma in treatment of argentine haemorrhagic fever and association between treatment and a late neurological syndrome. *The Lancet*, 314(8154), 1216–1217.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(79\)92335-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(79)92335-3)

Maiztegui, J. I., McKee, K. T. Jr., & Barrera Oro, J. G. (1989). Inoculation of human volunteers with a 141 vaccine against Argentine hemorrhagic fever. En *Sixth International Conference on Comparative and Applied Virology* (p. Abstract 54).

Maiztegui, J. I., McKee, K. T. Jr., Barrera Oro, J. G., Harrison, L. H., Gibbs, P. H., Feuillade, M. R., Enria, D. A., Briggiler, A. M., Levis, S. C., Ambrosio, A. M., Halsey, N. A., & Peters, C. J. (1998). Protective Efficacy of a live attenuated vaccine against Argentine hemorrhagic fever. AHF Study Group. *Journal of Infectious Diseases*, 177(2), 277–283.

Majó, Joan y Marqués Pere. (2001). *La revolución educativa en la era Internet*. Barcelona, Praxis, 2002; 376 páginas

- Martínez Pintos, I. (1960). *Mal de los Rastrojos - Fiebre Hemorrágica Epidémica del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires*. Gobernación - Comisión de Investigación Científica.
- Mascaró Florit, J. (1995). Sobre los libros de texto: una breve defensa. *Cuadernos de Pedagogía*, (235).
- Mastrangelo, A., Tagliabue, P., Berro, L., De Carolis, D., Sinchi, A., Digilio, C., & Enria, D. (2014). Estudio cuali cuantitativo de las variables sociales que definen escenarios de transmisión de la fiebre hemorrágica argentina en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe, 2001-2010. *Salud Colectiva*, 10(2), 171–184.
- Mastrangelo A, Tagliabue P, Sinchi A, Feuillade M, Briggiler A, Digilio C, et al. Nuevos escenarios de transmisión en el contexto epidemiológico de la fiebre hemorrágica argentina. En: Libro de resúmenes: XII Congreso Argentino de la Sociedad Argentina de Infectología. Córdoba; Sociedad Argentina de Infectología; 2012:120.
- Melcon, M.O. y Garcias, C. Síndrome febril agudo inespecífico en pacientes ambulatorios: diagnóstico diferencial entre dengue, zika, fiebre hemorrágica argentina y COVID-19. *Medicina (B. Aires)* [online]. 2024, vol.84, n.6, pp.1215-1225. ISSN 0025-7680.
- Mettler, N. (1970). *Fiebre Hemorrágica Argentina: conocimientos actuales*. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. (Publicación N° 183).
- Mettler, N. E. (1969). Argentine hemorrhagic fever: Current Knowledge. Pan American Health Organization. https://doi.org/10.1007/978-3-642-71726-0_4
- Mills, J., Ellis, B., Childs, J., Maiztegui, J., & CastroVázquez, A. (1992b). Reproductive characteristics of rodent assemblages in cultivated regions of central Argentina. *Journal of Mammalogy*, 73(3), 515–526.
- Mills, J., Ellis, B., McKee, K., Calderón, G., Maiztegui, J., Ksiazek, T., et al. (1991a). Junín virus activity in rodents from endemic and nonendemic loci in central Argentina. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 44(5), 589–597.

- Mills, J., Ellis, B., McKee, K., Calderón, G., Maiztegui, J., Nelson, G., et al. (1992a). A longitudinal study of Junín virus activity in the rodent reservoir of Argentine Hemorrhagic Fever. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 47(6), 749–763.
- Mills, J., Ellis, B., McKee, K., Maiztegui, J., & Childs, J. (1991b). Habitat associations and relative densities of rodent populations in cultivated areas of central Argentina. *Journal of Mammalogy*, 72(3), 470–479.
- Ministerio de Educación y Justicia. Dirección Nacional de Sanidad Escolar. (1960). *Sanidad Escolar (1884-1960)*.
- Ministerio de Salud. (2012). *Recomendaciones Nacionales de Vacunación Argentina 2012*. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- Ministerio de Salud. (2020). *Calendario Nacional de Vacunación*.
- Ministerio de Salud. (2021). *Luego de tres años, el país vuelve a producir la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina* (4.^a ed.). Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Boletín Epidemiológico Anual*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Boletín Epidemiológico Anual*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (s.f).
<https://www.argentina.gob.ar/salud/anlis/inevh/institucional/historia#:~:text=Esta%20red%20fue%20la%20que%20permitió%20que,la%20enfermedad.%20con%20su%20correspondiente%20confirmación%20etiológica>.
- Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2020). Situación Epidemiológica de la Fiebre Hemorrágica Argentina en la Provincia de Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico*, 8.

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2022). Situación Epidemiológica de la Fiebre Hemorrágica Argentina en la Provincia de Buenos Aires. *Boletín Epidemiológico*, 38.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Fiebre Hemorrágica Argentina. Comunicación epidemiológica a equipos de salud: intensificación de la vigilancia, prevención y control*. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
[https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/09/COMUNICACIÓN-PARA-PERSONAL-DE-SALUD-FHA.docx.pdf#:~:text=DIAGNÓSTICO%20ETIOLÓGICO%20Se%20realiza%20por%20técnicas%20moleculares,\(sólo%20en%20el%20caso%20de%20pacientes%20fallecidos\).](https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2022/09/COMUNICACIÓN-PARA-PERSONAL-DE-SALUD-FHA.docx.pdf#:~:text=DIAGNÓSTICO%20ETIOLÓGICO%20Se%20realiza%20por%20técnicas%20moleculares,(sólo%20en%20el%20caso%20de%20pacientes%20fallecidos).)

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (2022). Implementación de vacunación para fiebre hemorrágica argentina, en municipios de riesgo en la provincia de Buenos Aires. Programa de control de enfermedades inmunoprevenibles.

Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires. (s.f).

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hemoterapia/quiero-donar/plaquetas-plasma/>

Montero, L. (2001). La construcción del conocimiento profesional docente. Rosario, Argentina: Homo Sapiens ediciones.

Mosso, L. E., Penjerek, M. M., & Feltrez, R. (2019). Salud y adolescencia: Opciones para una vida saludable. Maipue.

Organización Mundial de la Salud. (1974). *WHA27.57 Programa ampliado de inmunización de la OMS*.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción Mundial sobre Vacunas 2011-2020*.

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Estrategias y prácticas mundiales de inmunización sistemática (GRISP): documento complementario al Plan de Acción Mundial sobre Vacunas (GVAP)*.

- Organización Panamericana de la Salud. (2006). *Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI). Módulo V: Programación de las actividades de inmunización*. OPS/OMS. www.paho.org.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). Promover la salud en la escuela. ¿Cómo construir una escuela promotora de salud? (OPS/ARG/18-031). Organización Panamericana de la Salud.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49146/OPSARG18031-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Consulta técnica conjunta OPS/OMS sobre Fiebre Hemorrágica Argentina (FHA)*.
- Parodi, A. S., Greenway, D. J., Rugiero, H. R., Rivero, E., Frigerio, M. J., & Mettler, N. (1958). Sobre la etiología del brote epidémico de Junín. *Día del Médico*, 30, 2300–2301.
- Pérez Gómez, A. (1997). Socialización profesional del futuro docente en la cultura de la institución escolar: el mito de las prácticas. *Revista Interuniversitaria Formación Profesional*, 29, (pp. 125-140). España: Universidad de Málaga.
- Perkins, D. (1999). ¿Qué es la comprensión? En M. S. Wiske, *La enseñanza para la comprensión* (pp. 69–94). Paidós.
- Perkins, D. (2010). *Aprendizaje pleno. Principios de la enseñanza para transformar la educación*. Paidós.
- Perkins, D. (2015). *Educar para un mundo cambiante. ¿Qué necesitan aprender realmente los alumnos para el futuro?* Ediciones SM.
- Perkins, D. (2016). *Educar para un mundo cambiante*. SM.
- Perrenoud, P. (2001). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona, España: Editorial Graó.
- Picco, S., Lachalde, M. L., & Lupano, N. S. (2012). *Ficha de cátedra: Tipos de curriculum: sistematización de algunos conceptos clave*. Universidad Nacional de La Plata,

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Departamento de Ciencias de la Educación, Didáctica y Curriculum.

Pirosky, I. (1986). *1957 - 1962 Progreso y Destrucción del Instituto Nacional de Microbiología*. EUDEBA.

Piroksy, I., Zuccarini, J., Molinelli, E. A., Barrera Oro, J. G., Martini, P., & Copello, A. R. (1959). *Virosis Hemorrágica del Noroeste Bonaerense*. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública, Instituto Nacional de Microbiología.

Poder Ejecutivo Nacional. (1983). *Ley 22909 - Régimen general para las vacunaciones contra las enfermedades prevenibles por ese medio*. Boletín Nacional.

Poder Ejecutivo Nacional. (2019). *Ley 27491 - Control de enfermedades prevenibles por vacunación*. Boletín Oficial.

Porcasi, X., Polop, J., & Gorla, D. E. (2005). Predictive distribution maps of rodent reservoir species of zoonoses in Southern America. *Mastozoología Neotropical*, 12(2), 199–211.

Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina. (2008). *Informe para la XXIII Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”.

Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina. (2020). *Informe para la XXXIV Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina*. Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”.

Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina. (2021). *Informe para la XXXV Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina* (pp. 1–17). Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas “Dr. Julio I. Maiztegui”.

Provensal, M. C., Coda, J. A., Priotto, J. W., Rodríguez, D., González-Iltig, R. E., Busch, M., & Cirignoli, S. (2019). *Calomys musculinus*. En SAYDS–SAREM (Eds.),

Categorización 2019 de los mamíferos de Argentina según su riesgo de extinción.

Lista Roja de los mamíferos de Argentina.

Puiggrós, A. (1990). *Sujetos, disciplina y curriculum (1885-1916)*. Galerna.

Puiggrós, A. (1996). Qué pasó en la educación argentina. Desde la conquista al menemismo. Kapelusz.

Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española*. Espasa Calpe.

Real Academia Española. (s.f.). Cultura. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 10 de febrero de 2023, de <https://dle.rae.es/cultura?m=form>

Richaudeau, F. (1981). *Concepción y producción de manuales escolares*. París: Serbal/UNESCO.

Riera, L. M., Ambrosio, A. M., Briggiler, A. M., Crivelli, E., Feuillade, M. R., Levis, S. C., & Saavedra, M. C. (2019). El control de la fiebre hemorrágica argentina (FHA) como problema de Salud Pública. La importancia de sostener la producción nacional de la vacuna Candid#1. En *XIX Simposio Internacional sobre Enfermedades Desatendidas* (p. 145). Fundación Mundo Sano.

Ruggiero, H., Magnoni, C., Nota, N., Milani, H. A., Pérez Izquierdo, F., Maglio, F., Astarloa, L., González Cambaceres, C., Milani, H. L., & Besuschio, S. (1982). *Fiebre Hemorrágica Argentina*. El Ateneo.

Sabattini, M. S., & Contigiani, M. S. (1982). Ecological and biological factors influencing the maintenance of arenaviruses in nature, with special reference to the agent of Argentine hemorrhagic fever. En F. D. Pinheiro (Ed.), *International Symposium on Tropical Arbovirus and Hemorrhagic Fevers* (pp. 251–262). Academia Brasileira de Ciencias.

Sabattini, M. S., Gonzales de Ríos, L. E., Díaz, G., & Vega, V. R. (1977). Infección natural y experimental de roedores con virus Junin. *Medicina*, 37(2), 149–159.

Sabattini, M. S., & Maiztegui, J. I. (1970). Fiebre hemorrágica Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 30, 111–123.

- Salinas Fernández, D. (1997). Curriculum, racionalidad y discurso didáctico (capítulo 2). En M. Poggi (Comp.), *Apuntes y aportes para la gestión curricular* (pp. 21–59). Kapelusz.
- Sánchez, C. (24 de enero de 2020). Citas APA. Normas APA (7ma edición). <https://normas-apa.org/citas/>
- Santoro, M. (2018). La simpleza de educar o enseñar en tiempos complejos. Edición propia.
- Sarmiento, D.F. (2011) *Educación popular / Domingo Faustino Sarmiento; con presentación de Juan Carlos Tedesco e Ivana Zacarías*. Recuperado de: https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/libreria_cm_archivos/pdf_346.pdf
- Sautu, R. y otros. (2005). Manual de Metodología. Bs. As., Argentina: Clacso.
- Scharagrodsky, P; Southwell, M., coordinación autoral (2007). *El cuerpo en la escuela*. Buenos Aires : Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología. (Explora, las ciencias en el mundo contemporáneo. Pedagogía). En Memoria Académica. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.869/pm.869.pdf>
- Scharagrodsky, P. (comp.) (2008). *Gobernar es ejercitar*. Prometeo.
- Scharagrodsky, P. (2017). Masculinidades, ciencia y cultura física a finales del siglo XIX en la Argentina: El caso de la fisiología del ejercicio. En *Actas del 12º Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias*. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Educación Física.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos*. Bs. As., Argentina: Paidós.
- Serrano, A. E. et al. (2019). *Salud y adolescencia* (1.ª ed. para el alumno). Estación Mandioca.
- Sinchi, A. (2021). Estrategias de vacunación con candid#1 en la población del área endémica de la Fiebre Hemorrágica Argentina [Tesis de Maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Rosario]. RepHip. <https://rehip.unr.edu.ar/handle/2133/23089>

- Sinchi, A. (2022). Fiebre Hemorrágica Argentina, en alerta/ Entrevistado por Lorena Berro. Revista El Universitario.
<https://eluniversitario.unnoba.edu.ar/2022/08/23/fiebre-hemorragica-argentina-en-alerta/>
- Sinchi, A. (2025). Necesidades de vacuna Candid#1 para inmunizar a la población en riesgo de Fiebre Hemorrágica Argentina. [Tesis de Maestría en Prevención y Control de Zoonosis, Universidad Nacional del Noroeste de Buenos Aires]. ReDip.
<https://repositorio.unnoba.edu.ar/xmlui/handle/23601/957>
- Sinchi, A., & Enria, D. (2022). Arenavirus. En C. J. Russ (Ed.), Libro Azul de Infectología Pediátrica (5.ª ed., pp. 1–896). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sociedad Argentina de Pediatría.
- Siede, I. A. (2010). Ciencias Sociales en la escuela: sentidos de la enseñanza (capítulo 1). En I. A. Siede (Coord.), *Ciencias Sociales en la escuela. Criterios y propuestas para la enseñanza* (1.ª ed., pp. 17–48). Aique.
- Soto, E., & Mattar, S. (2010). Fiebres hemorrágicas por Arenavirus en Latinoamérica. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.)*, 26(2), 298–310. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200012
- Stenhouse, L. (1991). *Investigación y desarrollo del currículum* (3.ª ed.). Morata.
- Suárez, V. I. (2012). Concepciones de la comunidad educativa frente a la enfermedad de Chagas, factores de resiliencia y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación. Universidad Nacional de Córdoba.
<https://rdu.unc.edu.ar/server/api/core/bitstreams/fde13a71-9b98-4f2b-9a6c-773320068686/content>
- Tejeda Fernández, J. (2000). La educación en el marco de una sociedad global: algunos principios y nuevas exigencias. *Profesorado, Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 4(1), 1–13.

- Terigi, F. (1999). *Currículum. Itinerarios para aprehender un territorio*, Buenos Aires, Santillana, 1999.
- Tomás-Cardoso, R., Talayero, F., & Américo, M. (2022). La percepción del riesgo de contagio por COVID-19 y su efecto en los comportamientos de protección de la salud en contextos de salutogénesis. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (128). Publicado el 18 de octubre de 2022. <https://doi.org/10.4000/rccs.13448>
- Torres Santomé, J. (2005). *El Currículum Oculto*. Morata 8ed. Madrid, 219 pp.
- Turner, C. E. (s.f.). *Planteamiento de la educación sanitaria en la escuela*. UNESCO/Teide y OMS.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de Investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Valverde, M. (1999). Guía para el maestro de una escuela promotora de la salud. En M. García Viveros, *Salud comunitaria y promoción de la salud* (pp. 465). ICEPSS Editores.
- Vanella, M. M., González, L. E., Paglini, A., & Márquez, J. (1964). Evidencias de laboratorio de actividad de virus Junin en el sudeste de Córdoba; Hipótesis sobre su epidemiología. *El Día Médico*, 36, 290.
- Viana, M., Mancy, R., Biek, R., Cleaveland, S., Reed, S. R., Mellor, D. J., & Purse, B. V. (2014). Assembling evidence for identifying reservoirs of infection. *Trends in Ecology & Evolution*, 29(5), 270–279. <https://doi.org/10.1016/j.tree.2014.03.003>
- Zuleta, G. A. (1989). *Estrategias de historia de vida en el ratón de pastizal pampeano Akodon azarae*. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales. Universidad de Buenos Aires. http://hdl.handle.net/20.500.12110/tesis_n2203_Zuleta