

EL DENGUE ¿UN PROBLEMA PARA QUIÉN?

Carolina Ocampo*, Paula Blois ** y Aníbal Carbajo***

***Summary:** Dengue is a recurrent public health problem that affects the American continent. Recent records indicate a historical raise in number of cases in South America, particularly, in Brazil, Paraguay and Bolivia. Correspondingly, in Argentina, outbreaks have occurred almost all years except 2001 and 2005 since 1998. Furthermore, in 2009, 2016 and 2020 the epidemics reached almost half of the country. Therefore, dengue appears to be configured as a disease that cannot be prevented or controlled. As a consequence, our initial aim is to find and examine the meanings about the dengue problem that circulate among health agents and neighbors in a locality in the province of Buenos Aires. We conducted in-depth interviews to health local agents of different status in two health centers and participant observations in local trainings to agents between December and February 2019. According to our findings dengue does not seem to be a problem for the neighbors nor for some of the interviewed health agents. Mosquito bitings and some health problems are the subjects of concern. The preventive measures associated with container treatment are limited by the multiple meanings and uses that people give to containers. Furthermore, we find that fumigations have many meanings. They appear as the only possible solution and, on the contrary, as a tool of political legitimacy. Similarly, the liability problem is discussed in the interviews with the health workers. In general, we can say that this study supports what is stated in other researches regarding the presence of fractures between the ideals of locality programs and the people's daily life.*

***Keywords:** Qualitative Analysis, Dengue, prevention, Health personnel*

Introducción

El dengue, en términos biomédicos, es una arbovirosis transmitida entre los humanos a través de la picadura de las hembras del mosquito del género *Aedes*. Esta enfermedad se ha instalado en el continente americano desde fines del siglo XX, luego del reingreso de los vectores transmisores al territorio al finalizar las campañas de erradicación promovidas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (OPS, 1997; San Martín y Brathwaite-Dick, 2007). Desde un inicio, las políticas preventivas estuvieron muy ligadas al control de la población del mosquito y, en menor medida,

a la vigilancia de casos sospechosos. Esta tendencia se mantiene y se profundiza en la actualidad en tanto no existen terapias antivirales específicas para la enfermedad ni tampoco vacunas instrumentalizadas en nuestro país (OMS, 2017). Los últimos registros del dengue indican un aumento histórico de casos en la región de América del Sur, en particular, en países como Brasil, Paraguay y Bolivia (OPS, 2019; OPS, 2020). En sintonía, en Argentina desde 1998 han ocurrido brotes casi todos los años, con epidemias que abarcaron hasta la mitad del territorio en 2009, 2016 y 2020 (MSAL, 2009; MSAL, 2016; MSAL, 2020). De

*Instituto de Investigación e Ingeniería Ambiental (CONICET-UNSAM). E-mail: caro.ocampo.mallou@gmail.com

**Grupo de Filosofía de la Biología, Universidad de Buenos Aires. E-mail: paublois@yahoo.com.ar

***Instituto de Ciencias Antropológicas (ICA), Universidad de Buenos Aires. E-mail: acarbajo@unsam.edu.ar

esta forma, el dengue parece configurarse como una enfermedad que no logra ser prevenida ni controlada, transformándose en un problema de salud pública recurrente que afecta a todo el continente americano (Valle, Pimenta y da Cunha, 2015).

Ante la situación descrita consideramos relevante recurrir a un enfoque cualitativo para explorar los significados que diferentes actores construyen frente al fallo de las políticas públicas en torno al problema. Esto implica, claramente, que pensamos al dengue como un problema que no es ni exclusivamente biomédico, ni tampoco solo consecuencia de un proceso económico. En este sentido, la comprensión sobre cómo se significan el problema del dengue y su control puede contribuir a una reflexión que permita crear nuevos enfoques en las políticas públicas. Como indica Machado de Freitas: “no podemos separar lo que se desea conocer acerca de un determinado problema de lo que se desea hacer acerca de ese mismo problema, ya que el modo de percibir la realidad y de organizar los hechos pertinentes a la misma tiene implicaciones, aunque no siempre visibles, en los aspectos de las políticas públicas y de justicia social: a quién se debe proteger, a qué costo y dejando de lado qué alternativas” (Machado de Freitas, 2006, p.178).

En Argentina las investigaciones de corte socio-antropológico que abordan el problema del dengue son escasas, destacándose, particularmente, los trabajos de Korstanje (2010) y Eynard y Droveta (2011) sobre el rol de los medios masivos de información, de Garelli *et al* (2017) en educación y de Gottero (2018) en comunicación y epidemiología. Son aún más escasos los estudios que relevan experiencias

de gestión sobre la problemática del dengue, estableciéndose como aportes originales los trabajos de Liborio *et al* (2004), Mastrangelo (2013), Ortega y Espósito (2017), Schweigmann *et al* (2009), y Tejerina *et al* (2016). De esta forma, parece priorizarse el paradigma biomédico tanto en investigaciones sobre dengue como en iniciativas académicas que buscan articular, en alguna medida, con los programas de prevención, considerando a la enfermedad como una realidad que logra ser controlada, fundamentalmente, mediante el conocimiento biológico, médico y epidemiológico (Suárez, González Uribe y Viatela, 2004). Como consecuencia, existe una cierta desatención en Argentina sobre los contextos específicos en los cuales se transmite la enfermedad, la implementación de respuestas locales contra el dengue y los sentidos sobre el problema que establecen no sólo los habitantes de distintos lugares, sino también los gestores y articuladores de salud. En pos de esta ausencia, este estudio tiene como objetivo relevar y examinar los sentidos que circulan entre los agentes de salud y los vecinos en un municipio de la provincia de Buenos Aires acerca de la problemática del dengue y las acciones de control en torno a ella. En tanto los saberes sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado nacen de las vivencias de sujetos y grupos en contextos particulares, consideramos que una dimensión importante para comprender cómo se gestiona o controla el problema del dengue implica indagar sobre los sentidos y experiencias en torno a esta enfermedad. Desde ya que el problema del control del dengue no comienza ni se acaba en los saberes y prácticas de los agentes de salud y vecinos de un barrio. Sin embargo, para

tener un enfoque acerca de cómo se gestiona este problema, insistimos en que resulta crucial conocer cómo lo conciben diferentes actores en el territorio y cómo actúan, reproduciendo o resistiendo, en alguna medida, discursos y estructuras hegemónicas del campo de la salud y, en particular, de las políticas municipales, nacionales e internacionales en dengue. Cabe aclarar que en este estudio no se analizarán esas normativas sino lo referido estrictamente por los sujetos participantes.

Metodología

La investigación se basó en una metodología etnográfica cualitativa. El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2019 y febrero de 2020. En esta primera aproximación realizamos doce entrevistas abiertas a diferentes agentes en dos centros de salud y a los vecinos de la zona en un municipio del conurbano bonaerense. Se entrevistaron a promotores de salud (1), agentes territoriales (2), asistentes sociales (2), jefas de centro de salud (2) y a la coordinadora de acciones preventivas (1). Los agentes territoriales, asistentes sociales y la promotora de salud refirieron trabajar con barrios de clase media y asentamientos (barrios humildes), por lo tanto, las poblaciones que se describen son heterogéneas en cuanto a condiciones socioeconómicas. También se realizaron entrevistas en profundidad a cuatro vecinos que habitan los barrios cercanos a los centros de salud. Cabe aclarar que los barrios visitados para las entrevistas podrían describirse como zonas de casas bajas, arboladas y solo en algunos casos en condiciones precarias. Adicionalmente, se mantuvieron conversaciones informales

con otros vecinos en el acompañamiento del trabajo de algún agente sanitario. Antes de cada entrevista se explicó la finalidad del trabajo, se obtuvo el consentimiento informado verbal, y se acordó preservar la identidad de los participantes, por lo tanto, a lo largo del texto se omitirán los nombres. Así mismo se realizaron observaciones participantes en dos capacitaciones realizadas por el equipo de la municipalidad a los agentes territoriales y a los médicos, y en la organización del grupo de control vectorial del municipio.

Dado el objetivo de la investigación, se buscó entrevistar a actores con diferentes funciones y responsabilidades dentro de dos centros de salud dependientes del municipio. También se entrevistó a la coordinadora de los proyectos de prevención para conocer las visiones de una persona con mayor capacidad de decisión institucional. La elección de los vecinos para las entrevistas comenzó con la sugerencia de la promotora o agentes territoriales de los centros de salud, y luego se siguió la recomendación de los propios vecinos. Cabe mencionar que las entrevistas realizadas a los vecinos se establecieron de manera más informal y espontánea que las de los agentes de salud, las cuales fueron concertadas previamente. Por lo tanto, en el acercamiento a unos y otros actores puede advertirse cierta asimetría. Sin embargo, más allá de esto, las entrevistas realizadas a los vecinos permitieron una aproximación comparativa a las respuestas otorgadas por los actores sanitarios.

Como última aclaración quisiéramos mencionar que entendemos que existe una heterogeneidad entre los actores entrevistados dada por la especificidad de sus formaciones profesionales

y/o sus trayectorias vitales y laborales. Así, los agentes de salud de mayor jerarquía son médicos y tienen una trayectoria extensa en estas prácticas. A diferencia de esto, los agentes territoriales y asistentes sociales no presentan formación universitaria o bien la tienen pero está ligada a los campos de trabajo social, psicología social o promoción de la salud. En este sentido, no se enfatizará en las diferencias entre las miradas generadas por estas experiencias disímiles sino que se intentará entender los sentidos que son compartidos y tensionados en tanto equipos de salud en territorio.

“¿Quién es el otro?”

La ortopedia moral

Acordando con lo mencionado en otros estudios (Costa, Costa y Cunha, 2018; Garelli et al, 2017; Gottero, 2018; Reis, Andrade y da Cunha, 2013; Suárez et al, 2005) el dengue parece poder definirse, al menos parcialmente, como un problema del *otro*. En la mayoría de las entrevistas realizadas (incluyendo las conversaciones con los vecinos) se indica que la prevención del dengue se logra a través del cambio de comportamiento de cada persona. En este sentido, según lo que se enuncia en las entrevistas y lo observado, las acciones sanitarias llevadas adelante tienden, en general, a la modificación de hábitos en el cuidado del espacio de los hogares y a la protección personal de la picadura del mosquito: “*lo hicimos casa por casa y en el barrio X hicimos lo mismo sobre todo trabajando con el cuidado del espacio propio y las medidas para evitar la reproducción del mosquito*” (Jefa de centro de salud 2; 17/12/19). Así, la prevención se relaciona con

la voluntad de los individuos de eliminar, vaciar o tapar recipientes que puedan acumular agua en los hogares: “*Que la gente no toma noción de las cosas que guarda. Acumula, acumula, acumula y hay cosas que, a veces, no le sirven y al no remover, no correr, no cambiar el agua del perro... Es algo tan de todos los días pero hay gente que lo tiene semanas ahí. Yo creo que es la educación. Falta más educación*” (Agente territorial de centro de salud 2; 17/12/19).

Asimismo, es interesante mencionar que en la mayoría de las conversaciones las medidas preventivas dirigidas al individuo se traducen en términos generales como “hacer limpieza”. Así, la jefa del centro de salud 1 indica: “*Para mí, acá lo que veo mucho es el área vulnerable en X por las condiciones en las que viven, que viven con mucha basura. La gente no tiene cultura de hacer limpieza, acumulan mucho y tienen mucha agua acumulada y para mí ahí está el foco. Para mí lo primordial es la educación, si uno educa a la gente que no tiene que tirar basura y que lo que junta lo tiene que tirar en los horarios que corresponde donde corresponde...*” (23/12/19). En el mismo sentido, aunque matizando el rol de las acciones individuales en el control de la enfermedad, la coordinadora de acciones preventivas observa: “*si yo quiero hacer limpieza y tiro y a mí no me sacan la basura... era lo que hablábamos el otro día... trasladamos todos los cacharros de un lado para el otro y es lo mismo*” (23/01/20). También de parte de agentes del equipo de salud más vinculados a la acción cotidiana en el territorio aparecen menciones a la suciedad/limpieza: “*cuando fuimos con Alejandra tampoco había tantos cacharros ni nada porque como es muy densamente poblado no hay mucho lugar*

para tener basura o tirar”(Asistente social centro de salud 1; 23/12/19); “*A ver, los hemos convencido de que ellos tienen derechos, derechos, derechos pero no hay obligaciones. El sistema les dice que ellos tienen derechos pero no obligaciones, entonces vos me estás diciendo que la propaganda es obligar a las personas a controlar su propia mugre, su propio tacho, me van a decir ‘flaco’...*” (Agente territorial centro de salud 2; 17/12/19). Acorde a esto, en los propios vecinos se reproduce un imaginario de la seguridad ante la enfermedad asociada a la limpieza: “*en Misiones no me parece que haya dengue, allá todos son limpiísimos, los ranchos están de punta en blanco*”(Vecina 3; 4/2/20). En los fragmentos observamos, entonces, cómo agentes de salud de diferente jerarquía y vecinos expresan la idea de prevención de dengue ligada a la de limpieza en los hogares. También en algunas entrevistas con los vecinos se hace mención a “sacar la basura” o bien a “la suciedad de las personas” o al desinterés general por el cuidado del hogar. De esta forma, asumiendo que las acciones de prevención se posicionan sobre la enfermedad como problema biomédico, las prácticas de los agentes aparecerían con capacidad de abordar desórdenes que no provienen exclusivamente del cuerpo biológico sino, también, de las prácticas y relacionamientos sociales, generándose una cierta sinonimia, a través del lenguaje del riesgo, entre vías de transmisión y conductas (Margulies, 2014). Ahora bien, esta visión de la prevención tiene como una posible consecuencia la minimización del riesgo ante el cual las personas pueden estar expuestas al estar fuera de sus hogares. La presencia del mosquito en todos los espacios de la ciudad y los desplazamientos de las

personas virémicas (que poseen el virus en sangre) permiten que la exposición sea mayor y más incierta de lo mencionado. Como se verá en los siguientes apartados la coordinadora de acciones preventivas y una jefa del centro de salud reconocen explícitamente esta situación. A su vez, el mensaje centrado en la acción individual invisibiliza ciertas reformas estructurales que podrían realizarse en espacios comunes como pueden ser hospitales, escuelas, o incluso recipientes acumulados en la vía pública. En este sentido, cabe mencionar que algunos entrevistados, y en particular, la coordinadora de acciones preventivas, indican la importancia y las dificultades que encuentran para superar estos problemas estructurales. La coordinadora apuntó, por ejemplo, a la falta de presupuesto y de vinculaciones intersectoriales para obtener las mejoras deseadas (en particular, con el sector de ambiente) y a la falta de interés del personal de salud para mantener los centros de atención libres del mosquito. En particular, indicó que la solución de estos obstáculos depende mucho de las figuras políticas individuales en el municipio. También enfatizó la ausencia de un equipo de control vectorial, refiriéndose a que las acciones contra dengue dependen, fundamentalmente, de la organización de ella y su compañera. La promotora de salud también señaló que se suelen promover actividades de prevención en las escuelas aunque, al estar cerradas los meses de verano, se dificulta el control. También hizo mención a que los clubes de barrio y los institutos educativos intentan mantener sus espacios libres de criaderos del mosquito. Por otro lado, la presencia de criaderos y mosquitos adultos en los centros de salud y en

espacios comunes fue un asunto advertido en el marco de las observaciones participantes e incluso mencionada por los médicos asistentes a las capacitaciones como una dificultad a ser solucionada, aunque sin indicar explícitamente por quién. De esa forma, en algunas instancias, la responsabilidad sobre la eliminación de los criaderos aparece menos como una cuestión individual en el hogar y más ligada a las estructuras de decisión estatales. Sin embargo, es muy notoria la ausencia de consideración del rol que tienen las empresas en la gestión de criaderos. En este sentido, las relaciones del municipio con las empresas (por ejemplo: automotrices que están presentes en la zona) y el rol de estas en la problemática del dengue no se explicitan en los discursos de los agentes de salud. Aquí cabe repensar la pregunta de Menéndez (2015, p.118): “¿por qué para el sistema de salud en unos casos la empresa es responsable junto con el sujeto, mientras en otros no?”

La acción preventiva individual aparece ligada en algunos momentos de las conversaciones a la opción voluntaria y racional de modificación del hogar, a la decisión responsable. Sobre todo en el discurso de los agentes sanitarios, el *otro* parece que debería decidir sus acciones bajo la tutela de cálculos de costo-beneficio. De esta manera, se produciría un olvido acerca del sujeto como construcción singularizada en interacción con los otros (Ayres, 2001a; Castiel y Álvarez-Dardet Díaz, 2010). Los comportamientos de riesgo (como tener criaderos de mosquito) en muchos casos no son electivos. Incluso en las oportunidades en las que un comportamiento parece ser electivo, este debe pensarse referido a la subjetividad del actor y en relación con las condiciones ideológicas

dentro de las cuales opera (Menéndez, 2015). Los comportamientos de riesgo son relacionales (entre el individuo y los colectivos a los cuales pertenece), son aspectos que “participan y constituyen los modos posibles de lidiar con el mundo de la vida, tal como se nos presenta a cada uno de nosotros” (Castiel y Álvarez-Dardet Díaz, 2010, p.97).

En congruencia con la prevención centrada en los cambios de comportamiento individual, en los relatos de las diferentes personas entrevistadas y en las capacitaciones, la participación de los vecinos en la solución del problema del dengue aparece como adherencia a las indicaciones técnicas propuestas por los agentes de salud. En términos generales, la participación social acerca del problema del dengue que se propone en los espacios de nuestro estudio no implica, en la práctica, incrementar el poder de las comunidades, ni tener presente las relaciones de poder y desigualdades que existen en cualquier grupo humano. Cabe aclarar, sin embargo, que estas condiciones de vida desiguales son marcadas por los entrevistados e incluso, en algunos comentarios, se enfatiza la idea de “empoderar” a las personas. La dificultad parece ser que no se problematiza el cómo realizar esto y, así, al menos en lo que se dice respecto de las prácticas, parece reproducirse una cierta participación simbólica (Fassin, 2008). Aun así, se mencionan algunas iniciativas que podrían contribuir con la mejora general de la situación de las comunidades. En este sentido, la promotora de salud indica que el vínculo que posee con los vecinos y sus prácticas en territorio ha permitido generar espacios de atención nuevos y un acercamiento más estrecho a los problemas generales de salud. Por otro lado, debe adver-

tirse que la participación social en su sentido positivo (que implica una transformación social real) es raramente realizable y casi nunca sostenible. Sin embargo, como indica Menéndez, mantener y compartir un imaginario centrado en la capacidad de cambio de las comunidades puede permitir modificaciones esenciales en el proceso de salud- enfermedad- atención-cuidado (Menéndez, 2008).

También es necesario destacar que la “no adhesión” de las personas a una propuesta preventiva es en sí misma una respuesta, y puede ser entendida, en parte, como reacción a la falta de una comunicación “real” entre los propiciadores de una política y las personas que “deberían” participar de ella. Aquí, no obstante, es interesante remarcar que, de acuerdo a lo relevado, algunos vecinos evidencian como acciones contra el dengue estrictamente la normatividad impartida por el equipo de salud, descubriéndose en ello, tal vez, algún tipo de reproducción simbólica.

En sintonía con las características advertidas sobre la participación social, cuando en las entrevistas se menciona que es necesario “educar a la población”, esta educación no parece estar ligada a un encuentro con los significados que el otro ya construyó en torno al problema. Simplemente educar es transmitir información para que las personas puedan ejecutar rutinas repetidas en el cuidado del hogar (Reis, Andrada y da Cunha, 2013). Lo mismo sucede cuando los agentes de salud indican que les comunican las medidas de prevención a los vecinos. La asimilación de información permitiría, entonces, los cambios de comportamiento. Así, aunque los límites acerca del aumento de determinados conocimientos como forma de desencadenar

modificaciones comportamentales ya fueron discutidos por numerosos estudios (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005; Rangel- S, 2008; Valle, Pimenta y da Cunha, 2015), esta asociación entre aumento de conocimiento y cambio comportamental sigue presente. En particular, en dengue, en algunos estudios se observa que la posesión de conocimiento científico en las personas respecto de la enfermedad o del mosquito, no permite incorporar con autonomía prácticas preventivas sostenibles o, simplemente, no se conoce su efecto (Burroni, Petersen y Ocampo Blois Carbajo, 2016; Claro, Tomassini y Rosa, 2004; Gonçalves et al, 2015; Heintze et al, 2006).

Aquí es interesante señalar que la mayoría de los actores encargados de ejecutar las medidas preventivas manifiestan ciertos límites en torno a ellas, en tanto parece manifestarse un cierto “olvido” acerca de quién es el *otro* al que van dirigidas sus acciones. En la conversación con uno de los agentes territoriales la idea del fracaso de este modelo “educativo” aparece vinculada, fundamentalmente, a la dificultad de comprensión de las medidas de prevención o del sentido de ellas por parte de las personas a las que van dirigidas: *“A veces no saben leer y escribir, no saben comprender. Vos le das, ven los dibujitos, ven lo otro, le parecen que es genial pero a ver, si no comprenden la idea de lo que es dar vuelta cacharros, pero por qué lo tenés que hacer, vos le das el folleto te lo aceptan felices pero...”* (17/12/19). Este tipo de límites o críticas son recurrentemente señaladas por distintos abordajes sobre el problema del dengue y sin embargo, persiste, en la práctica, la idea de las personas como vacías de conocimiento (Valle, Pimenta y da Cunha, 2015).

Observamos, entonces, que tanto en las entrevistas como en las capacitaciones, la prevención se reduce, mayoritariamente, a la educación y esta, a su vez, a un tipo de comunicación distintiva de las acciones biomédicas, en las cuales “comunicar” se convierte en “perfeccionar las técnicas de transmisión de un mensaje y adecuar el lenguaje”. Estas ideas se ven expresadas en las palabras de la jefa del centro de salud 1: *“la educación desde la casa para que esa gente que está en la casa le llegue la educación...es más publicidad desde la radio, la televisión, para los chicos desde las escuelas, desde el centro de salud lo mismo hacer puerta a puerta, ir a cada casa y hacer el mismo trabajo de terreno”* (23/12/19). La educación como difusión de contenidos para la modificación de hábitos se repite del mismo modo para diferentes poblaciones desde la época de las campañas militarizadas antiamarílicas, fuertemente asociadas con el deseo modernizador de los países del Sur (Suárez et al, 2005). Considerando cómo es la prevención que se realiza en el municipio, pareciera que existe un *otro* que debe ser educado por las campañas de salud por ser poseedor de una “mala cultura” (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005; Escutia Díaz, 2019; Suárez et al, 2005). En este marco de sentido, la mención a la persona que no cumple con la prevención de dengue queda numerosas veces teñida de aspectos moralizantes negativos como ser sucio, ser ignorante o ser maleducado. Es decir, aparece una dimensión culpabilizante, en tanto se reconoce al *otro* en deuda o falla con relación a la moral o leyes vigentes en un contexto. En este punto, tal vez se puede considerar la externalización de la culpa en *otro* como una respuesta defensiva. Es

decir, una forma de aliviar el malestar frente a vivencias de ansiedad e incertidumbre dadas por alguna situación que sobrepasa el control de los sujetos, como puede ser la vinculada con una epidemia o una tragedia (Korstanje, 2010). En el mismo sentido, nos preguntamos si la moralización de *otro* influye en el proceso de constitución de identidad en el moralizador, y podría servir de contención ante las posibles frustraciones en los intentos de modificación de ese *otro*. Sabemos que este último punto amerita un enfoque de investigación que no fue contemplado en nuestras entrevistas iniciales y que sería interesante indagar.

La idea de moralización del *otro* aparece tanto en lo que dicen algunos agentes de salud como en las entrevistas con los vecinos y, tal vez, podría considerarse como un efecto de las campañas de promoción de salud, en las cuales aparecen perspectivas sobre lo que debería ser una “buena” sociedad (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005; Rangel-S, 2008): *“Mira una cosa es ser pobre y se los digo, se los digo. Una cosa es ser pobre y otra cosa es ser sucio. El patio puede estar limpio. No hace falta que el patio esté sucio. Si empezamos desde la puerta de tu casa a que esté sucia, imagínatelo que es adentro. Yo empecé con mi trabajo, me encanta lo que hago, me re gusta pero me gusta ver que empiecen a cambiar, entonces llego, yo las saludo con el beso, con el abrazo, con el te quiero, pero quiero que cambies y busco que cambie algo en tu vida. No te lo digo directamente pero te voy buscando la vuelta. Felicitaciones cuando venís impecable, bañada, me trajiste la bebe bañada. La agarro igual cuando está sucia, no importa.”* (Promotora de salud centro de salud 1; 16/12/19). Acorde a las afirmaciones de la

promotora, una de las vecinas expresa: *“hay mucha falta de educación de la gente, ese es el gran problema, que no hay educación, son todos sucios y vagos”*(Vecina 3, 4/2/20).

La dimensión estigmatizante parece extenderse, en menor medida, a la persona enferma de dengue, y fue referida en las capacitaciones a los agentes territoriales y en las conversaciones informales con algunos de ellos. En estas se ha indicado que, al ir a controlar un caso, no debe mencionarse en el barrio la identidad de la persona enferma, y que ante la posible aparición de preguntas, simplemente se mencione la existencia de un caso probable de dengue en los alrededores. Asimismo, una de las agentes territoriales observó que algunas personas sienten temor al despido de sus trabajos o a ser evitadas por sus vecinos al ser comunicada su enfermedad públicamente, en particular, por miedo al contagio.

Lejos en el tiempo y en otro contexto sociopolítico, al parecer podemos entrever los ecos del higienismo en relación con estas asociaciones moralizantes. El higienismo fue un movimiento que hacía fuerte énfasis en la relación entre lo malo, lo sucio y lo ignorante (Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005; Sutter, 2000) y buscaba reformar a la sumatoria de individuos “perezosos, ignorantes y sin higiene” que harían de la nación una destinada al atraso (Caponi, 2003; Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005). Así, aparece como consecuencia no solo la posible estigmatización de ciertos individuos sino también la percepción de algunas personas de no estar expuestas a contraer la enfermedad y, por lo tanto, de no sentir la necesidad de tomar medidas preventivas (Caballero Hoyos et al, 2006). Esta valoración, en particular, se refuerza por

el carácter de “orden” y “limpieza” asociado a la prevención (por ejemplo, se menciona el ordenamiento ambiental, que implica acciones de eliminación o tratamiento de recipientes para evitar que se conviertan en criaderos) que aparece en las explicaciones de los vecinos y en algunos agentes de salud. Esta construcción de la enfermedad como proveniente de espacios sucios o desordenados podría restringir la idea de qué es lo peligroso, excluyendo a algunos criaderos que pueden ser hallados en ambientes limpios y ordenados, como, por ejemplo, los floreros, los bebederos de los animales, las piletas en desuso, entre otros (Rangel-S, 2008). Es también necesario remarcar que, muchas veces, los recipientes que pueden ser criaderos para los agentes de salud, funcionan como objetos que permiten un mayor bienestar en la vida cotidiana de los vecinos. Estos objetos al estar ligados a un valor tan positivo es muy difícil que logren ser distinguidos como fuente de enfermedad (Claro, Tomassini y Rosa, 2004; Mastrangelo, 2013; Suárez, González Uribe y Viatela, 2004). Sobre estos puntos continuaremos discutiendo en el apartado siguiente.

Responsabilidades compartidas: descentramiento de la mirada individualista

La mirada moralizante sobre la cual discutimos en el apartado anterior es también confrontada en las voces de los agentes de salud entrevistados. Incluso durante la misma conversación aparecen sentidos contrapuestos. De esta manera, emergen ciertos elementos que complejizan la visión sobre el individuo y, en algún punto, establecen una responsabilidad compartida con el municipio o con otros

agentes gubernamentales sobre el control del dengue. Por ejemplo, la promotora de salud del centro 1, al hablar de una familia en la que aparecieron casos de dengue señala: *“Ese era un tema que como no tenían el agua ahí, ellos juntaban muchos tachos con agua. Era un patio limpio, familia limpia, no era que...solo que juntaban agua, que ahora la señora esta re contenta porque fue justo una de las primeras a las que les pusieron el tanque”* (16/12/19). Cabe mencionar que los tanques de agua no fueron colocados por el municipio sino por una organización sin fines de lucro vinculada a la iglesia del barrio. Aquí, una posible solución estructural al problema de la familia afectada no provino de las esferas estatales.

Los entrevistados, en algunos casos, explican la presencia de criaderos como consecuencia de la funcionalidad de los recipientes, contradiciendo de cierta forma la mirada higienista advertida. La mayoría de los agentes de salud y vecinos denuncian que existen zonas con falta de agua potable en las que, históricamente, se utilizan tanques que quedan al descubierto. También que en los asentamientos más precarios la recolección de chatarra es necesaria, ya sea para venderla o para la realización de algún trabajo con ella en las casas. En este sentido, la promotora de salud del centro 1 menciona: *“Si bien nos cuesta un poco con el tema de ellos, porque ellos reciclan y ellos al juntar las cosas tienen en sus patios, tachos y latas y cosas, ¿viste? Aparte hay dos lugares adonde juntan que son dos galpones de depósitos adonde ellos les venden esas cosas. Entonces ahí es el problema que tenemos nosotros, de tener esos dos depósitos ahí adentro que si bien es una fuente de trabajo para ellos, perjudica el tema*

este del dengue.”(16/12/19). A su vez, en una de las capacitaciones se ha mencionado que hay muchos neumáticos (uno de los mejores criaderos para el mosquito) que se usan en los techos de los hogares para evitar que se vuelen. También la acumulación de recipientes que parecerían inservibles se explica como la previsión para un uso futuro. Y asimismo, ya en relación con barrios de clase media, se indica que los vecinos dejan recipientes simplemente para juego de los chicos o para armar macetas. Otra cuestión que aparece como un problema ligado a la presencia de criaderos son los acumuladores. Esto incluso es mencionado por los vecinos. Los agentes de salud relatan que hay personas con problemas psiquiátricos que acumulan muchos objetos inservibles de forma compulsiva y que resulta muy difícil dialogar con ellas. También explican que otras personas, en particular de clase media, simplemente, dejan recipientes en terrenos abandonados porque deshacerse de ciertos objetos genera un costo económico que no quieren o pueden afrontar. Y que, en general, estas situaciones las resuelve el municipio, aunque fueran espacios privados. Asimismo, se menciona a los cementerios como sitios de cría del mosquito. En este sentido, durante las capacitaciones con los agentes territoriales y en la entrevista con la coordinadora de prevención del municipio, el problema de los mosquitos en los cementerios fue mencionado como un asunto sin resolver. Nuevamente, en torno a este problema, aparecen matices y diferentes perspectivas en tanto la responsabilidad de los individuos (las personas que dejan muchos recipientes en las tumbas y las visitan con una baja frecuencia) es contrapuesta a la falta de una ordenanza municipal

que reduzca la cantidad de “floreros” o incluso a la actividad del gremio de los floristas.

En relación con las contradicciones que emergen en los propios discursos, es destacable que la misma situación de “descuido” referida por los agentes de salud al describir el comportamiento de los vecinos, suele ocurrirle a ellos mismos. Algunos de los agentes comentaron en conversaciones informales que había medidas de prevención que no tomaban o de las cuales no eran conscientes. De esta manera la “cultura de evaluación” que parece ser tan importante que la población vulnerable incorpore, no se aplicaría a los evaluadores (Bardosh, 2020). En algún punto esto permite pensar cómo el problema siempre se piensa para *otro*, como problema de *otro*.

De manera general, los vecinos asocian la prevención del dengue con sus condiciones generales de vida y en particular con la presencia de basura en la calle, zanjas expuestas, falta de agua potable y dificultad de diálogo con el municipio. Por ejemplo, una vecina explicita: *“la gestión es responsable de esas plagas igual porque no ponen las cloacas ni le dan agua potable al barrio, les prometen que sí y después no lo hacen (...)(Vecina 3 4/2/2020)*. Por otro lado, en las casas visitadas de los vecinos, en particular en los barrios más humildes, hay una presencia evidente de recipientes que podrían funcionar como criaderos. Sin embargo, las personas entrevistadas no reparan en ellos e, incluso, en algunos casos, argumentan en contra de la tenencia de estos objetos, es decir, indican que las medidas preventivas correctas están vinculadas con su eliminación.

Los recipientes, entonces, parecen formar parte del universo simbólico que los grupos

sociales atribuyen a los hogares como un todo (Rangel-S, 2008). En este mismo sentido, en una de las entrevistas con una asistente social aparece la referencia a los recipientes en asociación a la casa como parte de la intimidad de las personas. Ella explica que muchas veces no es posible preguntar por qué un recipiente está presente o por qué está donde está debido a que puede ser invasivo para las personas y que esas preguntas pueden desatar conflictos al interior del hogar. Esto también explicaría las dificultades comentadas por algunos de los entrevistados acerca de entrar a las casas para descacharrizar o realizar otras actividades de control de recipientes, en particular, en los hogares de clase media.

Como otro contrapunto a la prevención vinculada a la responsabilidad individual encontramos referencias en el relato de algunos agentes de salud a una estrategia de control centrada en el funcionamiento de cámaras termográficas en una terminal de ómnibus internacional del municipio. La práctica consistía en detectar personas febriles que ingresaran al municipio. Como respuesta, se les daba folletería, repelentes y se anotaban sus datos para lograr un seguimiento sobre el estado de salud. En los casos de personas con fiebre muy alta, se llamaba a una ambulancia para trasladarlas a algún centro de salud. La promotora de salud y la coordinadora de acciones preventivas indicaron que las cámaras operaban bien para detectar casos sospechosos pero luego de varios años de funcionamiento, se rompieron y las que se usaron como reemplazo no lograban una buena detección. Otras dificultades mencionadas en torno a la utilización de las cámaras se vincularon, por un lado, con el acceso al

municipio desde otros puntos de entrada o a través de autos particulares, y por otro, con la “relajación” en el control por parte de algunos agentes de salud a cargo de vigilar la entrada de las personas en la terminal.

Por último, es interesante mencionar también aquí algunas fugas a los discursos moralistas del apartado anterior, aún en un marco que tiende a promover acciones individuales de prevención ligadas a la limpieza y a la educación. Hay algunos entrevistados que contemplan que las decisiones de los individuos están atravesadas por factores que exceden la voluntad individual y que están vinculadas con los modos de vida. La jefa de centro de salud 2, por ejemplo, señala: *“Son casas normales, comunes y corrientes de gente que labura, que esta con los chicos, que el ritmo de vida. No es gente que acumula basura ni gente que no limpia su espacio, ni gente que es obsesiva de la limpieza, ni gente que viven 400 en una casa”* (17/12/19). Asimismo, un vecino indica: *“no hay cultura de la prevención en las personas (...) tampoco puedes andar protegiéndote de todo porque sino te volvés loco. Sino tendrías que hacer tanto de ejercicio físico, tanto de comer así, etc. que no podrías vivir. (...) hay mucho individualismo, hay mucho egoísmo en la gente”* (Vecino 4, 4/2/20).

¿Contra el mosquito, la enfermedad o la ausencia del problema?

El dengue no es un problema

En consonancia con otros estudios (Bardosh, 2020; Reis, Andrada y da Cunha, 2013; Suárez et al, 2005; Tapia-López et al, 2019), de las entrevistas con la mayoría de los

agentes de salud se deriva que el dengue no es una prioridad. En algunos de los discursos también es notorio que ni siquiera es un problema para ellos o para la comunidad con la que trabajan. El Agente territorial del centro de salud 2, el cual refiere estar a cargo de un asentamiento de la zona, señala: *“Lo que pasa es que como nosotros no hemos convivido ni con familiares ni con gente ni hemos visto ni yo he entrado a un lugar y hemos hablado, a mí no me genera nada el dengue. Me parece que es una enfermedad de otros lados”*(17/12/19). O, en el mismo sentido, la jefa de centro de salud 2: *“Es una cuestión que se trabaja en la vida cotidiana y doméstica, y también creo que no forma parte de las prioridades de gran parte de la población, en muchos porque no les importa y en otros porque hay otras prioridades que son mucho más urgentes”* (17/12/19).

El desinterés también parece presentarse dentro de los equipos de salud. Esto podría observarse, por un lado, en la poca concurrencia de los médicos a la capacitación de la municipalidad. Por otro lado, en la respuesta de la coordinadora de prevención del municipio ante la pregunta de por qué se considera que el problema del dengue reside en el sistema de salud: *“Porque hay una gran ignorancia del equipo de salud, son temas que no les interesan”*(23/01/20).

La conceptualización del problema del desinterés asociado a las debilidades de la capacitación médica y del sistema de salud coincide con lo hallado en otros estudios de Brasil y de Argentina (Reis, Andrada y da Cunha, 2013; Zambrini, 2011) que indican que es la baja calidad de los servicios de salud y de la atención primaria una de las razones para la aparición del dengue. En sintonía, Menéndez

(2008) advierte que los agentes de salud suelen mencionar la falta de interés y de iniciativa de las poblaciones respecto de la participación en problemas sanitarios excluyendo el papel de la biomedicina y del propio sector salud en la construcción de la apatía.

Como explicación a la inexistencia del dengue como problema, los agentes de salud y algunos vecinos señalan la presencia de otros problemas, demandas o prioridades. Diversos entrevistados mencionan diferentes problemas, en particular en los asentamientos más carenciados: *“La demanda acá es la cuestión de los alimentos, la cuestión habitacional y en una tercera instancia tratamientos y después hay mucho seguimiento porque, por supuesto, como en la mayoría de los lugares (...) la violencia de género y los abusos sexuales son cotidianos...”* (Asistente social centro de salud 1; 23/12/19); *“Ellos duermen tres en un colchón, no tienen cama duermen en el piso (...) y así viven años y años, o el baño es un tacho de 20 litros y se bañan en palanganas y con un tachito entonces la madre a la mañana tira a la zanja el tacho con 20 litros de lo que hizo la familia toda la noche y lo naturalizan. Y eso 2019, todavía existe. Por eso te digo, el dengue es lo de menos hoy por hoy para ellos”* (Agente territorial centro de salud 2; 17/12/19). O, ante la pregunta sobre qué considera que es un problema para el barrio, en este caso de clase media, un vecino indica: *“La violencia de género (...) hasta que no hablamos con ella, ella no se daba cuenta de que era violencia”* (Vecino 4; 4/2/20).

La existencia de otros problemas prioritarios aparece también en algunas entrevistas como explicación a la falta de continuidad de las

acciones en dengue desde el centro de salud durante todo el año: *“Y es que acá en invierno la prioridad número uno es el plan de invierno que tiene que ver con las enfermedades respiratorias (...) es la mortalidad infantil evitable”* (Jefa de centro de salud 2; 17/12/19). Ahora bien, es necesario indicar aquí que incluso en un marco de sentido donde el dengue no es un problema o no es un problema prioritario, tanto en las consideraciones de algunos agentes de salud como en las de los vecinos, el dengue (al ser reconocido como problema) no se disocia de otras condiciones socio-ambientales presentes en el territorio tales como la falta de cloacas, de agua potable, la presencia de animales como caballos o chanchos, o la acumulación de basura. Sin embargo, más allá de estas coincidencias, puede advertirse que, al momento de intervenir, el problema del dengue que los agentes sanitarios intentan gestionar no es el mismo que el que advierten los vecinos. Mientras que éstos poseen una visión más amplia respecto de lo que debería ser solucionado o prevenido, los agentes de salud, incluso mencionando este entrelazado de problemas, relatan sus prácticas de control del dengue de forma aislada a otras acciones.

En palabras de la mayoría de los entrevistados, el dengue parece cobrar relevancia, de manera aislada respecto de otros problemas, sólo cuando la propia persona, un vecino o un pariente se enferma: *“Ellos conviven con Aedes aegypti y no saben y está y no pasa nada y no hay casos (...) Va a tener que pasar algo grave para que en el consciente colectivo quede que, o hacemos esto o nos morimos. Mientras no pase eso va a quedar como ‘ahí vienen los de la municipalidad que rompe pelotas’”* (Agente

territorial de centro de salud 2; 17/12/19).

Varias son las cuestiones que pueden explicar esta visibilización del dengue cuando se experimenta de manera tan cercana. Una de ellas podría vincularse con que, justamente, el problema aparece como tal en la propia vida y obliga a cambiar las rutinas diarias. Es decir, la enfermedad irrumpe la cotidianidad y la modifica, alterando su significación (Suárez, González Uribe y Viatela, 2004). Esta modificación en la configuración de mundo cambia la mirada sobre la enfermedad y permite establecer prácticas de cuidado nuevas. Sin embargo, desde ya, esto no sucede siempre. Por ejemplo, una de las entrevistadas relata la muerte de su abuela por dengue en Misiones y la enfermedad en su padre sin carácter de preocupación. Incluso en la observación de la casa de esta persona aún aparecen numerosos posibles criaderos. Por otro lado, aquí es interesante marcar que en los itinerarios de atención relatados por algunos entrevistados, la enfermedad en los niños adquiere más relevancia que en los adultos. Esto implica que, al menos en algunos casos, la auto-atención en los adultos es casi exclusivamente el único camino terapéutico (Menéndez, 2015).

En torno a esa visibilización del dengue cuando ya está presente, podrían considerarse de modo más general, otras razones. Una de ellas podría ser que esta enfermedad no es concebida desligada de otros problemas estructurales que afectan a las condiciones de vida, y por lo tanto, no aparece en el horizonte de las personas como un asunto que pueda ser prevenido aisladamente. Otra posibilidad podría vincularse con el rol que posee el modelo médico hegemónico, en tanto está basado en acciones asistenciales curativas y no en preventivas. Es decir, podría

existir cierta permeabilidad de este modelo en las personas que hace que se prioricen las curaciones ante las enfermedades (Menéndez, 1990). Del mismo modo, parecieran buscarse las soluciones más inmediatas antes que la previsión, por considerar, tal vez, a la enfermedad como un acontecimiento no preocupante. El dengue, además, puede tener una variabilidad sintomática y puede ser confundido en algunos casos con otras enfermedades como una gripe (Fajardo et al, 2001). Incluso el hecho de presentar una baja letalidad también añade despreocupación al respecto. También el temor al contagio en el momento en que aparecen los casos puede ser una explicación a la importancia repentina que se le da al problema (Korstanje, 2010; Korstanje, 2016). Los medios de comunicación, igualmente, pueden influir en este sentido (Korstanje, 2016; Reis, Andrada y da Cunha, 2013). Al respecto, por ejemplo, una de las agentes territoriales y también un vecino refieren en sus entrevistas que algunas demandas de la población nacen ante la aparición de un evento en la televisión. De esta manera, se evidencia lo que indican Zabala y Kreimer (2006) sobre el Chagas, respecto de que no emergen “problemas sociales” con independencia de quién los tematiza como tales. En este marco, surge necesariamente una pregunta que nos parece central: cuáles son entonces las condiciones bajo las cuales es posible pensar en la prevención de una enfermedad. Es decir, si el modelo médico hegemónico en la actualidad es solidario con el mantenimiento (Menéndez, 1990) de las condiciones estructurales de vida de las personas, queda preguntarnos en qué medida los enfoques preventivistas pueden escapar a ello. Al parecer,

dado el contexto, estos enfoques no pueden más que contribuir a mantener situaciones de dominación del sistema vigente, generando acciones puntuales sobre enfermedades específicas. En condiciones de inestabilidad y desigualdad, la prevención “real”, entonces, no sería posible para todos. En este caso, un enfoque sobre la vulnerabilidad estructural (Rivera, Quesada y Holmes, 2019) de las poblaciones permitiría tender a las transformaciones y, por lo tanto, a la prevención que parecen necesitar los colectivos.

Fumigación y folletos: ¿creando vínculos?

Recuperando la pregunta sobre qué resulta ser un problema para los vecinos cuando se menciona al dengue, algunos agentes de salud indicaron que la preocupación se centra más en la presencia de mosquitos adultos que en la enfermedad. Es decir, los vecinos suelen quejarse de la molestia que les provocan estos insectos y no consideran la posibilidad de contraer una enfermedad a través de sus picaduras: *“Lo único que le molesta los mosquitos porque les pican. Nada más, no es por el dengue o así”* (Agente territorial centro de salud 2; 17/12/19). Esto mismo es indicado por los vecinos entrevistados, enfatizando lo ya mencionado por los agentes de salud acerca de la auto-atención de las personas: *“los vecinos suelen pedir la fumigación porque les molestan los mosquitos (...) en lugar de fumigar deberían ponerse off y protegerse individualmente (...) yo me compro los espirales porque me molestan los mosquitos y no por el dengue (...) si les agarra un zarpullido lo van a buscar en el celular antes que ir a un centro de salud, todo lo que les agarre*

van a tratar de que no les estorbe y ya, si lo pueden solucionar solos comprando algo lo van a hacer solos” (Vecino 4; 4/2/20).

De esta forma, aparece la fumigación como una acción reclamada por los vecinos para eliminar los mosquitos adultos. Una posible explicación acerca de esto, sobre todo en contextos estructuralmente desfavorables aunque no exclusivamente, es que las personas desean eliminar lo más rápido posible aquello que les adiciona un problema. Así, la solución general que la mayoría de los vecinos parece encontrar para librarse de los mosquitos es la fumigación. Ahora bien, es interesante señalar que esta idea podría estar reforzada, incluso inconscientemente, por los propios agentes sanitarios. Esto puede advertirse, por ejemplo, en la voz de un agente territorial que explica: *“Como nunca se dijo para que era, era para matar mosquitos. Nunca dijimos que era porque...ya me acuerdo...Le decíamos que fumigábamos (y fumigábamos los pasillos el de adelante y el de atrás y las casas)...y lo que se decía era que había muchos mosquitos, que se yo, y pasamos en las horas que estaba más tranquilo, que no estuviera todo el mundo alerta.”* (Agente territorial del centro de salud 2; 17/12/19).

Sin embargo, en las entrevistas con los agentes de salud de mayor jerarquía el rol de la fumigación aparece como un tema conflictivo. En general, el valor dado a esta aplicación de control oscila entre la pertinencia técnica o no de su aplicación y la valoración simbólica, al ser un vehículo de éxito político. Es decir, como recurso que parece necesario para cuidar la relación entre los vecinos y de los vecinos con el municipio. La jefa de centro de salud 2 es clara al respecto: *“Ahora vos andá a fumigar*

el barrio X y no fumigar el otro. Se te vuelve en contra al divino botón porque vos lo que necesitas es hacer la fumigación que necesitas y también en algún punto cuidar la relación entre los vecinos, de los vecinos con la institución (...) Sí, seguís los casos, ahora, eso no tiene impacto mediático, no tiene impacto en la concepción colectiva de una institución como es el Estado, comprometida con...Entonces venís disfrazado, veinte administrativos de astronauta, ponele que tiren agüita...porque yo estoy absolutamente convencida de que no tiraban ningún larvicida, porque además si la persona que los mando a fumigar sabía lo que estaban haciendo no lo mandás. Si sabes que es un show que tiene otra finalidad que no tiene que ver con una acción preventiva per se, ponele que fumiguen con spray, es lo mismo. Las personas necesitan poder confiar y el tipo que va con fiebre, dolor en los ojos, tiene que poder confiar en que el Estado te va a poder dar una respuesta, porque está fumigando, porque haciendo no sé qué, porque además tiene al médico que te va a atender. Que la verdad es lo único que importa.”(17/12/19). En este sentido, si se fumiga o no y de qué forma queda ligado a los criterios de la coordinadora de acciones preventivas ya las características del barrio en cuestión (por ejemplo, en cuanto a sus condiciones socioeconómicas).

Con el problema de la fumigación creemos que emerge una cierta significación que se repite en torno a otras medidas preventivas y es el conocimiento de que las acciones realizadas probablemente no tengan un impacto real sobre la detención de la enfermedad pero pueden tener una funcionalidad política. Es decir, la función queda ligada a la visibilización del

problema y a la exhibición de algún tipo de capacidad municipal para abordar el control del dengue. En este sentido, son significativas las palabras de una jefa de centro de salud y de la coordinadora de prevención que refieren cierta incertidumbre respecto de cuáles serían las medidas preventivas ideales al momento de abordar el dengue. Ellas explicitan que las medidas contra el mosquito y el monitoreo entomológico son en realidad poco efectivas, ya que es imposible lograr su erradicación y es muy difícil reducir significativamente su población, al menos en conglomerados grandes como los existentes en Buenos Aires. En este sentido, la coordinadora de prevención indica: “(...) que si hay epidemia no se nos muera nadie, de hecho ¿quién frena una epidemia de dengue? Nadie” (23/01/20).

Evidenciar al dengue como problema parece ser el objetivo implícito de las campañas en el municipio estudiado y también en otros mencionados por algunos entrevistados en los cuales se indica que se fumiga “ficticiamente”. En este municipio las campañas de prevención consisten, fundamentalmente, en la entrega, puerta a puerta, de folletos y (algunas veces) de un kit con tul y repelentes, y en la realización de recomendaciones respecto de la eliminación o tratamiento de posibles criaderos, operando sobre estos, en algunos casos. A su vez, también se realizan comunicados que salen por las radios locales, por las redes sociales del municipio y por otros medios de comunicación. Todas estas acciones tienen como principal finalidad evidenciar el problema. En este sentido, la promotora de salud del centro 1 comenta: “... que la gente vea que se está haciendo algo por el tema dengue para mi está más que perfecto,

porque así la gente también está más, es decir, 'mirá, están haciendo este trabajo, bueno nosotros ayudemos'...”(16/12/19).

En esta misma línea en varias entrevistas se enfatiza el rol de los folletos como formas muy utilizadas a la hora de comunicar y explicar las medidas de prevención, sin embargo en ellos se puede advertir un tono prescriptivo propio de los programas verticales. Aunque algunos estudios mencionan que son las conversaciones informales entre amigos, vecinos y familiares las principales fuentes de conocimiento en salud (Bardosh, 2020), en este caso, la mayoría de los agentes de salud entrevistados menciona la repartición de los impresos como una acción preventiva válida, que permite modificaciones de comportamiento. Frente a esto, no obstante, la visión de los vecinos difiere. Mientras que algunos denuncian la inutilidad de los folletos: “la gente no les da bola”, otros indican que hay quienes se fastidian cuando las personas del municipio insisten con este tipo de acción. Esto último podría relacionarse con lo que señalan algunos estudios respecto de la saturación de contenidos en las acciones de prevención, generándose un efecto contrario al esperado (Rangel-S, 2008). Ahora bien, esa saturación, en este caso, podría pensarse también en relación con la presencia de otros problemas prioritarios para las personas. Es decir, el fastidio ante la insistencia de medidas de prevención de dengue puede deberse a un exceso de información que se viabiliza, en buena medida, por intermedio de folletos en un contexto con otros requerimientos. En este sentido, el folleto en sí mismo no parece tener un valor técnico que contribuya a un cambio de prácticas, sino más bien lo contrario. Este

punto también es discutido por otros estudios (Bartlett-Healy et al, 2011; Bodner et al, 2016) en los cuales se identificó que los folletos por sí solos, involucrando o no en su confección a las comunidades, no impactan o lo hacen negativamente sobre el control de *Aedes sp.* Por lo tanto, el valor de la circulación de folletos podría estar en su contribución al diálogo entre el agente municipal y la persona, en algunos casos. Este último punto es explícitamente enunciado por una jefa de centro de salud: “*la actividad de difusión no es solo para la gente sepa, sino para que también sepa que del otro lado hay alguien que está pensando en esto y que esta accionando en esto*”(Jefa de centro de salud 2; 17/12/19).

Conclusiones

A partir del recorrido realizado a través de las entrevistas y las capacitaciones nos fue posible observar que la prevención del dengue no parece poder ser concretada. Es decir, como algunas de las personas entrevistadas mencionan, las acciones parecen apuntar más a reducir daños que a anticiparse a la enfermedad. En este marco, los agentes de salud contribuyen a la reproducción de ciertas prácticas, sentidos y lógicas que poseen problemas y con las cuales, en algunos casos, desacuerdan. Los agentes de salud reconocen, en numerosas ocasiones, las relaciones sociales que participan en el desarrollo del dengue y, sin embargo, muchas veces parece que no pueden operar efectivamente sobre ellas (Menéndez, 2020). Contrariamente, en algunas entrevistas han surgido relatos valiosos sobre estrategias de inclusión respecto de otros problemas de salud que han permitido

cuidar de las personas, por ejemplo, contribuyendo a superar las barreras generadas por el analfabetismo.

En el primer apartado observamos que la responsabilidad por la aparición de la enfermedad se dirime entre los individuos y sus condiciones contextuales. A su vez, la educación se convierte, en numerosas ocasiones, en sinonimia de transmisión de información y la participación se transforma en una adherencia a un conjunto de normas extraídas de la epidemiología. Aquí cabe considerar que cualquier tipo de educación practicada como convencimiento, incluso de medidas que en términos técnicos fueran favorables para prevenir una enfermedad, no deja de ser una forma velada de manipulación de valores (Freire, 2017; Fassin, 2008). En consecuencia, y a partir de lo relevado, puede derivarse que las prácticas de controlen dengue en el municipio estudiado configuran, al menos parcialmente, a un *otro* que debe ser corregido y/o instrumentalizado siendo, en ocasiones, moralizado por los propios agentes de salud y estigmatizado por sus vecinos. Desde el higienismo hasta la pedagogía de los opresores (Freire, 2017), las representaciones del *otro* como inferior/incorrecto contribuyeron y siguen contribuyendo a una cierta homogenización colonizadora (Escutia Díaz, 2019). Queda pendiente, como ya explicitamos, indagar cómo las construcciones identitarias de agentes de salud y de vecinos participan en estas configuraciones moralizantes.

Contemplando la situación descrita y, asimismo, los límites y tensiones manifestados por los propios entrevistados en torno a las políticas en dengue en el municipio, creemos que sería positivo tender hacia otro tipo de participación

social. Es decir, una participación que recuperase, en la medida de lo posible, la historia de la población particular para entender qué vínculos pudieron establecerse previamente entre las personas y qué dificultades se encontraron en experiencias pasadas (Menéndez, 2008). También sería beneficioso conocer qué otras formas de participación o de movilización ya de hecho ocurren en un barrio (Rangel-S, 2008) (por ejemplo, la presencia de alguna organización social que promueva talleres o actividades recreativas) y de ese modo facilitar la comunicación entre los diversos actores.

De acuerdo a esto, parece importante que las políticas en dengue contemplen diferentes espacios de intercambio y reflexión entre los agentes de salud, y con los vecinos. Espacios donde se pueda pensar cuáles son las poblaciones a las que se dice cuidar y cuáles son las características de esos contextos locales en los cuales la enfermedad aparece como una situación más, resultado del propio juego del territorio (Tsing, 2012). Espacios para reflexionar sobre cuáles son esos hábitos de los que se habla al decir que no se toman las medidas preventivas.

Entendemos que llevar adelante tales iniciativas implicaría modificar históricas configuraciones institucionales, revisar formaciones profesionales, romper formas cristalizadas de relacionamiento, asumir decisiones políticas, entre otras cosas. Aquí, los obstáculos estructurales mencionados por la coordinadora de acciones preventivas (el financiamiento y la falta de acción intersectorial) dan idea de lo complejo de la situación. Sin embargo, intentando pensar en algún cambio en este escenario, nos preguntamos si no sería factible

y positivo empezar, por ejemplo, por discutir estos mismos obstáculos estructurales con los vecinos y con los agentes de salud, exponiendo e intercambiando las vivencias sobre estas limitaciones que afectan a todos.

Por otro lado, si bien devenidas del ámbito académico, se pueden considerar en este punto algunas propuestas para pensar las articulaciones entre los sujetos y las estructuras. Almeida-Filho (2000) a través de la categoría de modo de vida, enfatiza los sistemas de poder y los elementos simbólicos en la constitución del comportamiento. La noción de estilos de vida grupales de Frohlich, Corin y Potvin (2001) enfatiza cómo las estructuras en un contexto (presencia de ciertas normativas, relaciones de poder, condiciones materiales, vínculos positivos en una comunidad) y las prácticas sociales en torno a ellas (violación de ciertas normas oficiales, participación en los centros de salud) afectan a las capacidades (y decisiones) de las personas y cómo, a su vez, éstas mantienen los vínculos sociales que las originan. Es decir, cómo existe una relación dialéctica entre las estructuras, los actores y las prácticas compartidas, y cómo esta relación es la que determina la presencia o ausencia de la enfermedad.

En este marco, resulta interesante detenernos en la presencia de los diferentes sentidos dados por los entrevistados a los recipientes donde se acumula agua. En todas las conversaciones con los agentes de salud, los recipientes como criaderos son parte del problema del dengue. Sin embargo, en algunos fragmentos de las entrevistas, se observa que los recipientes no podrían desconectarse del hogar y de la privacidad de la persona, resultando en una intromisión al modo de vida la actuación sobre los posibles cria-

deros. En las conversaciones con los vecinos esta cuestión no se hace presente. No hay una reflexión respecto de los recipientes ni acerca de la posible invasión al espacio privado. Por un lado, los vecinos reconocen la acción sobre los recipientes como forma de prevenir pero, por otro, en algunos casos, no parecen observar ni problematizar la presencia de estos en el propio hogar. Aquí podríamos preguntarnos si esto es consecuencia de que la presencia de los estados inmaduros del mosquito no es distinguible para estas personas. Algunos vecinos reconocen el recipiente en términos de la utilidad, otras veces no es evidenciado o particularmente distinguido y parece parte del hogar. En ningún caso se lo distingue como criadero. Puede observarse aquí que el recipiente que los agentes de salud intentan controlar como parte de la prevención, no es un objeto aislado sino que es parte de un conjunto físico que tiene causas y efectos sobre las relaciones sociales que se tejen en torno a él. En este punto, parece relevante el abordaje de Milton Santos sobre el espacio como un paisaje atravesado por acciones humanas, con un fuerte componente simbólico (Santos, 2000). Lo significativo aquí es que las contradicciones de los agentes de salud en torno al recipiente (como criadero pero, a su vez, como parte del modo de vida), de cierta manera, dan cuenta de un reconocimiento de este sentido del espacio. El habitar dinámico que expone la propuesta miltoniana aparece en algunos estudios sobre dengue en Argentina (Garelli et al. 2011; Mastangelo, 2013), en los cuales los posibles criaderos tienen valor como hechos sociales por su existencia relacional. De esta forma, parecería positiva la posibilidad de algún tipo de diálogo entre los vecinos y los agentes de salud para

conocer la vinculación de los recipientes con el resto del hogar y las prácticas en torno a ellos. Ahora bien, pese a lo enunciado sobre un cierto reconocimiento del espacio en términos simbólicos, debemos insistir en que, de acuerdo a lo relevado, parece persistir un tipo de conversación normativa entre el agente de salud y el vecino. Este tipo de conversación podría estar implicando un cuestionamiento del mundo de la vida de cada actor, y de ahí derivar en una gran dificultad para participar en el control del dengue. En vinculación con esta idea de conversación normativa interesa retomarlo que sostiene Ayres (2009) acerca de cómo las finalidades instrumentales en un encuentro asistencial, en el que se priorizan los saberes técnicos, justifican una asimetría de poder entre los profesionales de salud y los vecinos. La conversación normativa es asimétrica y reproduce asimetrías. Los usuarios son reducidos, con algún tipo de resistencia, a ser objetos transformables por el profesional, lo cual tiene fuertes implicancias sobre cómo se cuida a las poblaciones y diversos efectos políticos. En términos de Ayres (2008), en tanto la apoyatura exclusiva en discursos biomédicos implica promover un éxito técnico y, por lo tanto, construir personas como objetos, la persecución del suceso existencial o práctico permitiría construir sujetos. El suceso práctico se vincula con el sentido que tienen las acciones de salud frente a los valores e intereses atribuidos por las poblaciones a la enfermedad y a la atención en salud. Es decir, ocurre cuando la prevención o el tratamiento son respuestas adecuadas a los modos como las personas entienden qué debe ser la vida y la salud en el cotidiano. Dados los límites advertidos en este caso respecto

de la prevención del dengue, parece conveniente, entonces, reformular la concepción de prevención hacia una que contemple la idea de “educar escuchando”, coproducir sentidos, aportar recursos políticos a una pedagogía que lleve a la transformación de los participantes del encuentro (Valle, Pimenta y da Cunha, 2015; Fassin, 2008).

Para lograr una reformulación en los encuentros entre vecinos y agentes sanitarios, entre otras cosas, sería necesario, claro está, que el sistema de salud en sí mismo favoreciera prácticas a su interior más centradas en la reflexión sobre el propio trabajo y en la elucidación de la predominancia relacional que tienen los procesos de salud. En este sentido, nos preguntamos si sería valioso generar capacitaciones para los agentes de salud no solo centradas en las cuestiones técnicas del dengue sino también con el objetivo de desatar reflexiones sobre el trabajo junto a los vecinos. Sobre esta cuestión resultan clarificadores los aportes al campo de discusión sobre el trabajo de los trabajadores en salud y la gestión social (Spinelli, 2010; Spinelli, 2014; Spinelli, 2017). La teoría general de la administración (racionalista) que coloniza la forma de pensar los procesos de gestión en las organizaciones sociales (en particular, en las de salud, como los hospitales), crea muchas veces trabajadores que progresivamente se desconectan de sus procesos de trabajo y encuentran obstáculos en los vínculos con los usuarios. Son organizaciones que no se perciben como redes de conversaciones. Espacios donde se intenta reproducir una lógica industrial. Donde los trabajadores en salud, en especial médicos, son pensados (en particular, por ellos mismos) como técnicos y no como artesanos (con el

trabajo basado en lo relacional), con un proceso de trabajo menos autónomo, con menos juego y más impuesto por administradores y organigramas. Como parte de esta lógica, la repetición se considera aprendizaje y la singularidad del trabajo se desvaloriza (Spinelli, 2018). Considerando estos aportes y contemplando el escenario indagado: ¿cómo ponderar en el imaginario de los trabajadores su propia capacidad artesanal de trabajo?, ¿cómo redundaría eso en el pasaje a una transformación del sistema?

Considerando lo que argumentamos sobre la ausencia de una prevención real de dengue, entendemos que los límites marcados por los propios actores entrevistados respecto del tipo de control que ejecutan, parecen adquirir otros matices, o reafirmarse, al constatar la ausencia del dengue como problema. Esta ausencia puede vincularse con los modos de vida de las personas, y como consecuencia, con cómo se configuran los territorios. Puede afirmarse que el dengue, a lo sumo, es un problema más en una matriz de problemas (Bardosh, 2020). Spinelli (2016) al hablar sobre qué implica planificar, indica que las certidumbres de la técnica, a través de un plan, se convierten en políticas sectoriales y los programas (como el de dengue), que se estructuran en lógicas verticales, intentan dar soluciones para cada problema parcializado. Es decir, los problemas se observan por separado cuando el territorio tiene una lógica rizomática. El territorio puede pensarse como un espacio de diálogos en el cual se dan ciertos tipos de relaciones y se inhiben otras, creando algún tipo de sentido de pertenencia o identidad en las personas (Bardosh, 2020). En este sentido, los programas en dengue podrían intentar pensarse de manera vincular con otras

políticas en el territorio (Ase y Buriyovich, 2009) manteniendo siempre la pregunta central de la política: ¿Para quién? (Spinelli y Testa, 2005). Para los vecinos el dengue no aparece como problema y si se identifica como tal, suele considerárselo de forma entrelazada, es decir, no aislado de otras dificultades vivenciadas en el territorio. Por otro lado, para los agentes de salud, por su propia inclusión dentro de un sistema programático, el problema del dengue se intenta solucionar de forma separada a otras situaciones de salud. Sin embargo, estas también son parte de la agenda de trabajo y pueden ser más o menos preocupantes que el dengue para cada actor involucrado. De esta forma, favoreciendo fracasos de los programas preventivos y generando contradicciones en los propios sujetos, la parcialización de los problemas choca (o incluso es funcional) con las vulnerabilidades estructurales y locales. En este marco, entonces, enfatizamos ¿tiene sentido intentar resolver los problemas del territorio por separado?

Pensar en dengue y en las significaciones que tiene la enfermedad para las personas implica pensar en salud, en qué implica ser sano o ser enfermo para las poblaciones. En las entrevistas realizadas a los vecinos, la salud parece volverse un asunto individual. La falta de cohesión social en los barrios, como mencionaron algunos de los entrevistados (al indicar el individualismo presente), o la desconfianza hacia el Estado parecen contribuir con esto. A su vez, esta marca individualista tanto en la solución preventiva predominante como también en la visión de la salud en los vecinos parece ser consecuencia del sistema neoliberal imperante, en el cual el espacio público es la suma de ne-

cesidades e intereses privados (Ayres, 2001b). El neoliberalismo, lo sabemos, funda subjetividades que atentan contra la construcción de una salud colectiva.

Creemos que este contexto deteriora diversas dimensiones de nuestras vidas y exige también diversas resistencias. En este punto y en función de lo visto, nos parece valiosa, como horizonte, la referencia de Ayres (2004) cuando indica que la idea de cuidado implica abrir espacios para reflexionar sobre los objetivos y medios de las acciones en salud sin determinar de manera absoluta adonde a priori se pretende llegar con la asistencia. En las acciones de salud cuidar es presentar como norte los proyectos de existencia (de felicidad) de las personas (Ayres, 2004; Ayres, 2007). Para acercarnos a esto parece necesario un sistema que gestione sabiendo que hablar de salud no solo implica generar preguntas y respuestas en lenguaje técnico, sino que involucra la articulación con otros aspectos de la vida en común: ¿Cómo debemos ser? ¿Qué es bueno para nosotros? ¿Cómo queremos vivir?

Bibliografía

Almeida-Filho, N.

- 2000 “La epidemiología del modo de vida”. En: Almeida-Filho, N. *La Ciencia Tímida. Ensayos de desconstrucción de la epidemiología*. Primera edición. Buenos Aires: Lugar Editorial, pp. 157-176.

Ase, I. y Buriyovich, J.

- 2009 “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”, *Salud colectiva*, 5(1), pp. 27-47.

Ayres, J.R.C.M.

- 2001a “Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1), pp. 63-72.
- 2001b “A saúde coletiva e o espaço público moderno: raízes histórico-sociais da ciência epidemiológica”, *Projeto História*, 23, pp. 83-103.
- 2004 “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”, *Saúde e Sociedade*, 13 (3), pp. 16-29.
- 2007 “Uma concepção hermenêutica de saúde”, *Physis*, 17 (1), pp. 43-62.
- 2008 “Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la hermenéutica filosófica”, *Salud Colectiva*, 4 (2), pp. 159-172.
- 2009 “Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas”, *Saúde e Sociedade*, 18, pp.11-23.

- Bardosh, K.
2020 *Locating Zika: Social Change and Governance in an Age of Mosquito Pandemics*. Primera edición. Oxon-New York: Routledge.
- Bartlett-Healy, K., Hamilton, G., Healy, S., Crepeau, T., Unlu, I., Farajollahi, A., Fonseca, D., Gaugler, R., Clark, G. G. y Strickman, D.
2011 “Source reduction behavior as an independent measurement of the impact of a public health education campaign in an integrated vector management program for the Asian tiger mosquito”, *International journal of environmental research and public health*, 8(5), pp.1358–1367.
- Bodner, D., LaDeau, S.L., Biehler, D., Kirchoff, N. y Leisnham, P.T.
2016 “Effectiveness of print education at reducing urban mosquito infestation through improved resident-based management”, *PLOS ONE*, 11(5), e0155011. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155011> (acceso 19/06/20).
- Burroni, N., Peresan, L. y Ocampo, C.
2016 “Aedes aegypti y virus Dengue: saberes y prácticas para el control” en Berón, C.M., Campos, R.E., Gleiser, R.M., Díaz-Nieto, L. M., Salomón, O.D., Schweigmann, N. (ed.) *Investigaciones sobre mosquitos de Argentina*. Primera edición. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, pp. 339-348.
- Caballero Hoyos, R., Torres López, T., Chong Villarreal, F., Pineda, A., Lucatero, M., González, A. y López Coutiño, B.
2006 “Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México”, *Revista de Saúde Pública*, 40(1), pp. 126-133.
- Caponi, S.
2003 “Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 10(1), pp.113-149.
- Castiel, L.D. y Álvarez-Dardet Díaz, C.
2010 *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Primera edición.

- Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castiel, L.D. y Vasconcellos-Silva, P.R.
2005 *Precariedades del exceso: información y comunicación en salud colectiva*. Primera edición. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Claro, L.B. L., Tomassini, H. C. B. y Rosa, M. L. G.
2004 “Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população”, *Cadernos de Saúde Pública*, 20(6), pp. 1447-1457.
- Costa, E.M.S., Costa, E.A. y Cunha, R.V.
2018 “Desafios da prevenção e controle da dengue na fronteira Brasil/Bolívia: representações sociais de gestores e profissionais da saúde”, *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(4).
- Escutia Díaz, S.
2019 “Del higienismo a la basurización. Dos discursos sobre el desprecio a la otredad” en Amaral Maciel, M. y Escutia Diaz, S. (comp.) *Pensamiento paraguayo. Reflexiones en torno a las ideas de José Manuel Silvero Arévalos*. Primera edición. Paraguay: Suindá Ediciones, pp. 155-176.
- Eynard, M. y Drovetta, R.I.
2011 “La construcción de metáforas y adjetivaciones sobre la enfermedad en la prensa escrita: el caso de la epidemia de dengue en Córdoba durante abril de 2009”, *Saúde e Sociedade*, 20(1), pp. 241-256
- Fajardo, P., Monje, C.A., Lozano, G., Realpe, O. y Hernández, L.E.
2001 “Nociones populares sobre ‘dengue’ y ‘rompehuesos’, dos modelos de la enfermedad en Colombia”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(3), pp.161-169.
- Fassin, D.
2008 “Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud” en Spinelli, H. y Menéndez, E. (coord.) *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar editorial,

- pp.117-143.
- Freire, P.
2017 *Pedagogía del oprimido*. Cuarta edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Frohlich, K.L., Corin, E. y Potvin, L.
2001 “A theoretical proposal for the relationship between context and disease”, *Sociology of Health & Illness*, 23(6), pp.776–797.
- Garelli, F., Zucchi, M., Mordeglia, C. y Dumrauf, A.
2017 “Representaciones sociales sobre dengue en docentes de Argentina en dos contextos epidemiológicos: aportes para la formación docente”, *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*, 14 (2), pp. 458–472.
- Garelli, F.M., Espinosa, M.O., Weinberg, D., Trinelli, M.A. y Gürtler, R.E.
2011 “Water use practices limit the effectiveness of a temephos-based *Aedes aegypti* larval control program in northern Argentina”, *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 5(3), e991.
- Gonçalves, R.P., Lima, E.C., Lima, J.W.O., Silva, M. G.C. y Caprara, A.
2015 “Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue”, *Saúde e Sociedade*, 24(2), pp. 578-593.
- Gottero, L.
2018 “Dengue, movilidad territorial y relato epidemiológico: diagnósticos y explicaciones estatales sobre las epidemias de 2009-2010 y 2015-2016 en Argentina”, *Ciencia y Salud*, 2(2), pp. 21-31.
- Korstanje, M.
2010 “Assessing the case of dengue in argentina 2009: discrimination and fear”, *Brazilian Journalism Research*, 6 (1), pp. 206-222.
- 2016 “Chronicles of dengue in Argentina”, *International journal of emergency services*, 5(1), pp. 1-12.

- Kreimer, P. y Zabala, J.P.
2006 “¿Qué conocimiento y para quién? Problemas sociales, producción y uso social de conocimientos científicos sobre la enfermedad de Chagas en Argentina”, *Redes*, 12(23), pp. 49-78.
- Liborio, M., Tomisani, A. M., Moyano, C. B., Salazar, R. y Balparda, L.R.
2004 “Estrategias de prevención de dengue: Rosario, Argentina”, *Revista Brasileira de Epidemiología*, 7(3), pp. 311-327.
- Machado de Freitas, C.
2006 “La vigilancia de la salud para la promoción de la salud” en Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (org.) *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias*. Buenos Aires: Lugar editorial, pp. 163-199.
- Margulies, S.
2014 “La narrativa clínica del VIH-SIDA: etiología y riesgo” en Margulies, S. *La atención del VIH Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Primera edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras Universidad de Buenos Aires, pp.81-96.
- Mastrangelo, A.
2013 “El agua no se le niega a nadie’ Estudio social sobre la prevención del dengue en un barrio de Clorinda, Formosa, nordeste argentino”, *De Prácticas y Discursos*, 2(2), pp. 1-19.
- Menéndez, E.
1990 “El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis” en Menéndez E. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*. Primera edición. México: Alianza Editorial Mexicana, pp. 83-117.
2008 “Participación social en salud: las representaciones y las prácticas” en Spinelli, H. y Menéndez, E. (coord.) *Participación social ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar editorial, pp.81-115.
2015 “Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas” en

- Menéndez E. *De sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Primera edición. Buenos Aires: Editorial Lugar, pp. 25-72.
- 2020 “Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias”, *Salud colectiva*, 16, e2615. Recuperado de: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/2615/1591>. (Acceso 24/06/20).
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL).
- 2009 “Boletín epidemiológico periódico. Situación del dengue en Argentina. 1er semestre del 2009” Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/boletines_epidemiologia/pdfs/boletin-epidemiologico_dengue.pdf(Acceso 19/06/20).
- 2016 “Boletín Integrado de Vigilancia 327 SE 37” Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N327-SE37.pdf>. (Acceso 19/06/20).
- 2020 “Boletín Integrado de Vigilancia 497 SE 21” Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_497_edicionsemanal.pdf(Acceso 19/06/20).
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- 2017 “Updated questions and answers related to information presented in the Sanofi Pasteur press release on 30 November 2017 with regards to the dengue vaccine Dengvaxia® 2017” Disponible en: http://www.who.int/immunization/diseases/dengue/q_and_a_dengue_vaccine_dengvaxia/en/(Acceso 19/06/20).
- Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- 1997 “Informe sobre el control del *Aedes Aegypti*” Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsair/e/repindex/rep178/pagina/text/e/informe/informe.pdf>. (Acceso 22/04/20).
- 2019 “Actualización Epidemiológica: Dengue” Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_ocman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=50965-11-de-noviembre-de-2019-dengue-

- atualizacao-epidemiologica-1&Itemid=270&lang=es(Acceso: 22/04/2020).
- 2020 “Atualización Epidemiológica: Dengue” Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/atualizacao-epidemiologica-dengue-23-marzo-2020> (Acceso: 03/06/2020).
- Ortega, J.E. y Espósito, S.M.
- 2017 “Dengue 2009-2017: políticas públicas de salud en la provincia de Córdoba”, *Revista Derecho y Salud*, 1(1), pp. 25-37.
- Rangel-S, M.L.
- 2008 “Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras”, *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), pp. 433-441.
- Reis, C.B., Andrade, S.M. y Cunha, R.V.
- 2013 “Aliados do *Ae. Aegypti*: fatores contribuintes para a ocorrência do dengue segundo as representações sociais dos profissionais das equipes de saúde da família”, *Ciência & Saúde Coletiva*, 18 (2), pp.517-526.
- San Martin, J.L. y Brathwaite-Dick, O.
- 2007 “La Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas”, *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21 (1), pp. 55-63.
- Santos, M.
- 2000 *La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción*. Primera edición. Barcelona: Ariel.
- Schweigmann, N., Rizzotti, A., Castiglia, G., Gribaudo, F., Marcos, E., Burrioni, N., Freire, G., D’Onofrio, V., Oberlander, S., Schillaci, H., Gómez, S., Maldonado, S., y Serrano, C.
- 2009 “Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: dos experiencias de intervención para generar estrategias locales de control”, *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1), pp. 137-148.

- Spinelli, H. 2010 “Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”, *Salud Colectiva*, 6 (3), pp. 275-293.
- 2014 “El trabajo y la organización en el campo de la salud”, *Revista Chilena de Salud Pública*, 18 (3), pp. 294-297.
- 2016 “Volver a pensar en salud: programas y territorios”, *Salud Colectiva*, 12(2), pp. 149-171.
- 2017 “Gestión: prácticas, mitos e ideologías”, *Salud Colectiva*, 13(4), pp.577-597.
- 2018 “Máquinas y arte-sanos”, *Salud colectiva*, 14(3), pp. 483-512.
- Spinelli, H. y Testa, M. 2005 “Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo Recorrido de la Planificación en América Latina”, *Salud Colectiva*, 1(3), pp.323-335.
- Suárez, M.R., González Uribe, C. y Viatela, J.M. 2004 “Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano”, *Revista Colombiana De Antropología*, 40, pp. 185-212.
- Suárez, M.R., Olarte, S.M., Ana, M.F. y González U.C. 2005 “Is what I have just a cold or is it dengue? Addressing the gap between the politics of dengue control and daily life in Villavicencio-Colombia”, *Social Science & Medicine*, 61 (2), pp.495-502.
- Sutter, P. 2000 “Arrancarle los dientes al trópico: ambiente, enfermedad y el programa sanitario de Estados Unidos en Panamá, 1904-1914”, *Papeles de población*, 6 (24), pp. 61-93.
- Tapia-López, E., Bardach, A., Ciapponi, A., Alcaraz, A., García-Perdomo, HA., Ruvinsky, S. y Belizán, M. 2019 “Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del *Aedes aegypti* en América Latina y Caribe: estudio cualitativo”, *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5), pp. e00092618.

- Tejerina, E.F., Tarataglino, L.C., De Lima, E.A. y Rodríguez, M.
- 2016 “Acción comunitaria” en Berón, C.M., Campos, R.E., Gleiser, R.M., Díaz-Nieto, L. M., Salomón, O.D., Schweigmann, N. (ed.) *Investigaciones sobre mosquitos de Argentina*. Primera edición. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata, pp. 349-358.
- Tsing, A.
- 2012 “On nonscalability: the living world is not amenable to precision-nested scales”, *Common Knowledge*, 18(3), pp. 505-524.
- Valle, D., Pimenta D.N. y Cunha R.V.
- 2015 *Dengue: teorías e prácticas*. Primera edición. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Zambrini, D.A.B.
- 2011 “Lecciones desatendidas entorno a la epidemia de dengue en Argentina, 2009”, *Revista Saúde Pública*, 45(2), pp. 428-431.

Resumen

El dengue es un problema de salud pública recurrente que afecta a todo el continente americano. Los últimos registros indican un aumento histórico de casos en la región de América del Sur, en particular, en países como Brasil, Paraguay y Bolivia. En sintonía, en Argentina desde 1998 han ocurrido brotes casi todos los años, con epidemias que abarcaron hasta la mitad del territorio en 2009, 2016 y 2020. De esta forma, el dengue parece configurarse como una enfermedad que no logra ser prevenida ni controlada. Ante esta situación, nuestro objetivo inicial es relevar y examinar los sentidos que circulan entre los agentes de salud y los vecinos en un municipio del conurbano bonaerense acerca de la problemática del dengue y las acciones de control en torno a ella. Se realizaron entrevistas en profundidad a agentes sanitarios municipales de diferente jerarquía en dos centros de salud y observaciones participantes en las capacitaciones que brindó el área preventiva del municipio entre diciembre y febrero de 2019. Según lo relevado, el dengue no parece constituirse como problema para los vecinos ni tampoco para algunos de los agentes de salud entrevistados, apareciendo los mosquitos u otros problemas de salud como las fuentes de preocupación. Las medidas de prevención ligadas al descacharrizado encuentran límites en los múltiples usos y significados que poseen los recipientes para las personas. La fumigación también adquiere numerosas significaciones y pasa de ser demandada como única solución posible hasta ser denunciada como herramienta de legitimación política. A su vez, el problema de la responsabilidad sobre las acciones preventivas es discutido en

las entrevistas con los agentes de salud. Como reflexión general podemos decir que nuestro trabajo apoya lo afirmado por investigaciones realizadas en otros países con respecto a la presencia de rupturas entre las aspiraciones de los programas municipales y la vida cotidiana de las personas.

Palabras clave: Dengue; Análisis cualitativo; prevención; profesionales de salud

