

Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: Agentes comunitarios, participación social y educación en salud

Laura Gottero*

(UBA- CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales,
UBA lauritagottero@hotmail.com

Resumen

En el conjunto multidisciplinario dedicado a la prevención de las enfermedades transmitidas por vectores, el rol del agente comunitario adquirió mayor presencia en los últimos años, en tanto es un trabajador de la salud no médico que es formado por el Estado y se constituye como un mediador entre éste y la población. No obstante, la capacitación de estos agentes implica una transmisión lineal de contenidos que, tras la apariencia de mera información operativa, vehiculiza sentidos asociados con la participación social, la desigualdad y la pobreza, así como ressignifica fenómenos contemporáneos como la migración y la circulación fronteriza. Para analizar este tema, este artículo trabaja con los textos de capacitación destinados a los agentes comunitarios formados para la prevención de enfermedades transmisibles por vectores (Dirección de Recursos Humanos, Ministerio Nacional de Salud, Argentina) que abordan dos enfermedades construidas como originalmente (y pretendidamente) extranjeras en Argentina: dengue y fiebre amarilla.

Palabras-clave: Políticas públicas, Salud, Participación social, Frontera, Migrantes

MIGRANT DISEASES AND EPIDEMIOLOGICAL PEDAGOGY: community workers, social participation and health education

Abstract

The multidisciplinary group dedicated to the prevention of vector-borne diseases, the role of community agent acquired greater presence in recent years, as is a worker health physician is not formed by the State and is established as a mediator between it and the people. However, the training of these agents implies a linear transmission of content, following the mere appearance of operational information, conveys meanings associated with social participation, inequality and poverty, and redefines contemporary phenomena such as migration and border traffic . To analyze this issue, this article works with the training materials for community workers trained in the prevention of vector borne diseases (Human Resource Management, National Ministry of Health,

* Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA), Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA-CONICET). Este trabajo se realiza en el marco del Proyecto UBACyT "La cuestión migratoria en la Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales" (Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires).

Argentina) that address both diseases as originally built (and supposedly) foreign Argentina: dengue and yellow fever.

Keywords: Public policy, Health, Social participation, Customs, Migrants

**DOENÇAS MIGRANTES E PEDAGOGIA EPIDEMIOLÓGICA:
Agentes comunitários, participação social e educação em saúde.**

Resumo:

No conjunto multidisciplinar de profissionais de saúde dedicado à prevenção de doenças transmitidas por vetores, o papel do agente de saúde adquiriu maior presença nos últimos anos. O principal papel desempenhado por estes agentes comunitarios de saúde formados no sector Estado é ser o mediador entre este e a população. A formação destes agentes por parte do Estado implica não só a transmissão linear de conteúdos, informativos operacionais, como também veicular os significados associados à participação social, à desigualdade e à pobreza, involucrados nos fenômenos contemporâneos mais recentes como são a migração e circulação fronteiriça . Para analisar esta questão, o artigo trabalha sobre os materiais de capacitação para formação de agentes comunitários na prevenção de doenças transmitidas por vectores (Direção de Recursos Humanos, Ministério Nacional da Saúde, Argentina) que abordam duas doenças (supostamente) estrangeiras na Argentina: dengue e febre amarela.

Palavras-chave: Políticas públicas, Saúde, Participação social, Fronteiras, Migrantes

El rol del agente comunitario cobró fuerza en los últimos años como un participante de relevancia en las planificaciones de prevención de epidemias. Como nexos entre el Estado y la población, su capacitación aborda dimensiones políticas y polémicas que son comunicadas como mera información pero que en realidad merecen más de un debate. Asimismo, cuando esta función de capacitación se realiza con relación a enfermedades de carácter regional, donde las variables socioeconómicas y geográficas adquieren relevancia, las construcciones de sentido pueden avanzar en la senda de los estereotipos, los contenidos lineales y las

omisiones significativas. Con el fin de analizar estas intersecciones, el estudio de las políticas públicas de salud orientadas a la prevención del dengue y de la fiebre amarilla constituye un camino favorable para reflexionar y sacar conclusiones sobre esta problemática. En este sentido, el presente informe trabajará con dos cuadernillos de capacitación de agentes comunitarios para la prevención de enfermedades transmisibles por vectores (en adelante, ETV), que reúnen indicaciones, recomendaciones y explicaciones sobre el dengue y la fiebre amarilla (Ministerio de Salud de la Nación: 2009), y forman parte de un curso de nueve entregas que se realizó en el año 2009². Estos materiales fueron publicados por la Dirección de Recursos Humanos, en el marco del Ministerio de Salud argentino. Su lectura en profundidad permite observar las características asignadas a la labor de los agentes comunitarios, la construcción de las ETV mencionadas como pretendidamente extranjeras, y la presencia de una cierta mirada restringida sobre el fenómeno migratorio, la circulación en zonas de frontera y otras consideraciones preventivas en relación con los países limítrofes. En simultáneo, el objetivo educativo de estos cuadernillos se asimila a un propósito informativo, así como el conocimiento del complejo escenario en el que esta problemática de salud se desenvuelve continúa siendo omitido en estas formulaciones.

Capacitación estatal para la acción comunitaria

Los cuadernillos analizados en este trabajo forman parte de una serie de 9 entregas destinadas a la formación de agentes comunitarios que participaran en las políticas de prevención de ETV. Así, no sólo se brinda información sobre el dengue y la fiebre amarilla —los temas elegidos en este caso—, sino también sobre este tipo de enfermedades en general, conceptos básicos de epidemiología, la idea de trabajo en redes en lo referente a salud, y otras ETV como la leishmaniasis visceral, entre otros temas. Este curso de capacitación se desarrolló durante el año 2009, fue elaborado por la Dirección de Recursos Humanos —que forma parte del Ministerio nacional de Salud argentino—, y reúne información preparada especialmente para esta

² Ministerio de Salud (2009) *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo I: Dengue*. Las citas correspondientes a este cuadernillo serán señaladas con "(1)".

Ministerio de Salud (2009) *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo II: Fiebre amarilla*. Las citas correspondientes a este cuadernillo serán señaladas con "(2)".

capacitación y también los datos que se publicaron en otras guías de dicho Ministerio para la población y para los equipos de salud sobre las enfermedades seleccionadas.

El 2009 fue un año especial en materia de políticas de salud orientadas a la prevención de ETV, porque en ese mismo periodo se lanzó el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla, puesto que para la misma época se auguraba un brote de dengue que, aunque presentó un carácter regional —tal como pudo inferirse de otros planeamientos similares en países limítrofes, como es el caso del Plan de Contingencia 2009-2010 en Paraguay—, en este documento siempre se planteó en términos nacionales. Así es como, en sintonía con la agenda sanitaria nacional, este curso de capacitación estuvo orientado al fortalecimiento de la acción comunitaria frente a la prevalencia de ciertas ETV, pero también a la conformación de un equipo de agentes que, siendo representantes del Estado, se mantuvieran al alcance de la población en la vida cotidiana. En ese sentido, la caracterización del agente comunitario adolece de una ambigüedad constitutiva, tal como se verá más adelante: hecho a imagen y semejanza de un enviado estatal, debe hacer primar en sus actividades la ligazón con la comunidad y lograr que el aparato de Estado intervenga sólo con casos de enfermedad confirmados, no así en la prevención del día tras día, ni en la modificación de condiciones estructurales que promueven la reemergencia de estas ETV en forma periódica. De este modo, su representación asume preferentemente la forma de un “filtro” que deja en el nivel comunitario las medidas de prevención y permite la llegada de aquellas emergencias que no han podido ser detenidas o subsanadas en dicho plano.

Agentes comunitarios como representantes del cuidado estatal

La figura de los agentes comunitarios (en adelante, AC) forman parte de la elaboración de los nuevos discursos en salud pública que, como señala Ayres (2003), dan cuenta de la vitalidad de los debates en este campo. En la medida en que pueden ser los cronistas de situación en el terreno mismo donde se desarrollan los problemas, los AC en salud poseen una creciente importancia no sólo para la población objetivo de las medidas de prevención, sino también para el Estado, en tanto la presencia de estos trabajadores constituye una forma de demostrar intervención estatal y, a la vez, una aparición regulada (a veces, postergada) de los equipos de salud que se encuentran involucrados en el tratamiento de las ETV. De esta manera, la figura del agente se construye sobre una ambigüedad que guía todas sus acciones: es formado

y enviado por el Estado, pero está preparado para que las personas realicen su trabajo de prevención en el plano individual y comunitario, sin demandar directamente modificaciones estructurales que serían competencia estatal ni la presencia de personal especializado. Así es como en el módulo de capacitación sobre dengue se establece: “Sólo cuando se notifican casos confirmados de dengue, los organismos municipales, provinciales o nacionales son los encargados de realizar tareas para eliminar los insectos o para cortar su desarrollo (bloqueo) en esas áreas”. En esta consideración del AC como un pivote entre la sociedad y el Estado, su actividad adquiere rasgos que son de relevancia para un análisis, teniendo en cuenta asimismo que su actividad aborda la prevención de ciertas enfermedades, las que tal como señala Armus (2002), tienen usos metafóricos y muchas veces se tematizan para abordar temas que no son estrictamente biomédicos. En esta sección del trabajo, su estudio recorrerá tres dimensiones: a) los sentidos asociados a la actividad de cuidado que ejercen estos agentes; b) el hincapié dado al saber técnico y a las competencias comunicativas, en desmedro de un conocimiento contextual y profundo de la situación; c) el incentivo a la participación social como un medio para modificar “conductas de riesgo” y “estilos de vida”, ideas presentes en la epidemiología que sugieren una responsabilidad y un quehacer individual en estas problemáticas de salud pública. Como se verá más adelante, estas construcciones de sentido que inciden en el trabajo del AC configuran también ideas relacionadas con las migraciones y la frontera, así como con un carácter pretendidamente foráneo de la enfermedad que obstaculiza la contextualización regional de la problemática y aleja las posibilidades del trabajo en conjunto entre los países involucrados que conforman la región.

En su primera página, en todos los cuadernillos de capacitación se indica la misma caracterización esperada para el AC: “Las enfermedades vectoriales representan un problema de salud pública en nuestro país. Para poder trabajar sobre las mismas, reducir su existencia y sus efectos, se necesitan personas capacitadas y comprometidas para tales fines, que trabajen en equipo, que conozcan a quiénes recurrir frente a distintos problemas, que se puedan comunicar con las poblaciones en forma adecuada, que estén informadas”. Es decir, las condiciones requeridas para formarse como AC remiten, por un lado, al objetivo específico que se pretende obtener con su labor: actuar sobre las enfermedades vectoriales y reducir su incidencia y sus consecuencias. En este sentido, su meta se asocia con cuidar a los habitantes del contagio de dengue o de fiebre amarilla, frente al riesgo suscitado por estas ETV que

no se podría anular ni disminuir en el plano de las causas; sólo en el de las consecuencias. Es que para intervenir en los factores que coadyuvan a la irrupción del dengue o de la fiebre amarilla en las regiones urbanas afectadas no sólo se debe controlar la aparición del mosquito *Aedes aegypti*³, sino también es imprescindible el mejoramiento de las condiciones de infraestructura que se vuelven inapropiadas por la desigualdad socioeconómica: falta de saneamiento, basurales a cielo abierto, agua estancada en baldes porque muchas viviendas no tienen red de agua potable, etc. Este dato de importancia no es resaltado en la capacitación dada a los AC, que cuentan con la información operativa para inspeccionar casas y calles, pero ésta no se halla contextualizada en un sentido social, económico y geográfico que dé cuenta de la situación particular por la que atraviesan los pobladores de las áreas donde el dengue y la fiebre amarilla tienen mayor presencia. Este “cuidar de” remite a la definición restringida de Joan Tronto (1993), cuando realiza su escala de niveles de cuidado: mientras que la propuesta parecería abordar un cuidado integral (*care giving*) sobre la población, atendiendo a todos los aspectos de su vida cotidiana, en verdad las indicaciones dadas permiten un cuidado defensivo pero no constructivo en la situación problemática; lo que Tronto caracteriza como “cuidar sobre/de” (*care about*). Siguiendo este razonamiento, lo que se expresa es la posibilidad de erradicar estas ETV sólo a través del control vectorial y focal (eliminación de los lugares donde puede habitar el mosquito), mas no hay referencias a la necesidad de modificar las condiciones de vida de las poblaciones que están enfermando; mientras esas desigualdades existan, estas enfermedades mantendrán su prevalencia y su riesgo periódico. Esto puede observarse en la meta de colaboración vecinal solicitada en el módulo sobre dengue: “Es indispensable que todos los vecinos adopten hábitos y prácticas para bajar el riesgo de convivir con el mosquito” (1). Es importante señalar, aunque en este caso no sea analizado en profundidad, que la noción de riesgo es un elemento central en los planeamientos epidemiológicos clásicos o hegemónicos y, para Menéndez (2009), esta idea es propia del modo de pensar dominante en salud y epidemiología, y no sólo escinde la problemática de su contexto, sino que induce a la realización de intervenciones focalizadas, puntuales, que atienden nada más que a factores biológicos, pero que en realidad están vinculados de manera inseparable con procesos

³ La fiebre amarilla selvática es transmitida por el *Aedes haemagogus* y por el *Aedes sabethes* y por su ciclo específico no es analizado en este trabajo. El *Aedes albopictus* es considerado un vector potencial de la enfermedad.

socioculturales. En simultáneo, la modificación de las conductas consideradas perjudiciales se enmarcaría en la perspectiva del modelo de creencias, según el que existen formas de actuar y de pensar que son erróneas sobre la prevención o la vida cotidiana en un contexto proclive al dengue; de cambiarse esas condiciones, es de esperar que la incidencia de este problema de salud se reduzca. Esta reducción se da por obra del accionar individual, pero no por la transformación de las condiciones estructurales, por lo que el dengue sólo puede aminorarse, mas no eliminarse. Así, el tratamiento del dengue y la fiebre amarilla se vuelve un asunto de gestión de casos, de buena administración del peligro en términos de Foucault (2010 /1978), de las amenazas cotidianas, cuya imagen se encuentra en la base, para el autor, de las campañas contra las enfermedades y para fomentar la higiene desde los inicios del liberalismo. Asimismo, esta formulación se encuadra dentro del accionar de un dispositivo de seguridad (Foucault: 2006/1977), en tanto éste trabaja sobre la base de una cierta libertad, actúa con la incertidumbre y con la posibilidad de que siempre se mantenga un porcentaje variable del problema X que se intenta subsanar. De manera asociada, también puede pensarse esta caracterización como una forma de defensa de la sociedad —también siguiendo a Foucault (2010/1976)— en la que la comunidad se previene de aquéllos factores que intentan atacarla, los que se encuentran en su mismo seno. Para el autor, esta forma de protección direccionada, desde el Estado, asume la forma de un discurso de poder a partir del que se establecen todas las instituciones que funcionan como normalizadoras de la sociedad. Si bien Foucault construyó esta expresión pensando en los grupos sociales estigmatizados y marginados en una sociedad, de los que se defienden otros sectores sociales, esta acepción podría relacionarse con un “defender a la sociedad” de aquellas poblaciones que mantienen conductas que propenden a la prevalencia de las ETV. En este sentido, no se atiende a las razones socioeconómicas que se encuentran en la base de las elecciones cotidianas —muchas de ellas asociadas con la falta de servicios básicos y las carencias—, sino que se indica la necesidad de trabajar puntualmente sobre aquellas costumbres perjudiciales que ponen en peligro a todos porque permiten la reproducción del vector.

La tarea del AC en la comunidad puede analizarse mejor en el cuadernillo temático sobre dengue, puesto que la transmisión de la enfermedad adquiere un carácter eminentemente urbano y se halla asociado con las deficiencias de infraestructura sanitaria y habitacional, así como con la falta de limpieza urbana y otras

condiciones que si bien se construyen como hábitos domésticos, suelen ser soluciones de emergencia para problemas estructurales derivados de la desigualdad. En este caso, y en simultáneo con esta acepción del cuidado de acuerdo con la perspectiva del dispositivo de seguridad según Foucault, la caracterización del AC también se vincula, como ya ha sido anticipado, con una preeminencia del saber técnico por sobre el socioeconómico, pero esta posesión de información operativa debe combinarse, tal como se observa en todo el material, con un entrenamiento de las facultades comunicativas y empáticas del agente. Es decir: esta figura será la que deberá convencer a los vecinos que, sin ser un médico ni un funcionario estatal “clásico”, debe ingresar a su hogar para inspeccionarlo en su totalidad, con el fin de desechar aquellos objetos donde podría reproducirse el mosquito. De esta manera, el control epidemiológico abandona los lugares clásicos (hospital, vía pública) e ingresa en el ámbito privado, haciéndose así más eficaz, según sugiere Deleuze (1991). En esta visita preventiva, si los habitantes se negaran a tirar algo por razones emocionales, el AC debe explicarles la relación costo-beneficio de mantener eso en su hogar y el peligro que entraña su conservación para el control vectorial: “Es muy importante la relación de confianza que pueda establecer y la capacidad de comunicación que despliegue con los vecinos, con mensajes claros y convincentes” (1). Por esa razón, la comunicación interpersonal necesita competencias emocionales que permitan ponerse en el lugar del otro y ayudarlo a tomar la decisión correcta. Pero también, tal como puede observarse en la cita, ese espacio comunicativo debe servir para la transmisión de información clara y puntual que, indica el cuadernillo, tiene como misión que las personas continúen con las medidas preventivas por su cuenta. Este conjunto específico de datos no surgen de una selección hecha por el AC de una totalidad más amplia; la misma información que transmite a sus grupos-objetivo es la que él mismo ha recibido, por lo tanto no cuentan con un conocimiento profundo de la situación (contextual y contextuado), sino con el bagaje de indicaciones y referencias justos para actuar en el terreno del problema. Por esa razón, uno de los objetivos del material de lectura es que el AC conozca “generalidades de la enfermedad para hacer recomendaciones oportunas a la población” (1 y 2), y el abordaje en profundidad de esta problemática de salud pública pareciera ser prescindible en la formación de estos agentes del Estado. De esta meta, se desprende que éstos deban realizar tareas de gestión de contactos entre la población y los organismos sanitarios de gobierno, así como la transmisión social de recomendaciones; estas labores se hallan mucho más

asociadas con la información que con el conocimiento y, como se verá más adelante, logra una equiparación de la educación con la posesión de datos operativos.

La omisión de las variables socioeconómicas estructurales que inciden en la prevalencia del dengue y la fiebre amarilla constituyen un denominador común de las planificaciones epidemiológicas de salud pública para la prevención de ETV (Gottero: 2011), y estos materiales no son una excepción a esta regla de ausencia. Esta situación no sólo se fortalece por la utilización intensiva del saber técnico matizado con un ejercicio de comunicación comunitaria, sino también que puede continuar gracias al lugar predominante y casi exclusivo que la participación social ha cobrado en los planes de prevención. Las ambigüedades de la participación social y sus trampas para la población que, siendo afectada, también sufre los efectos de la responsabilización, fueron analizadas por Menéndez (1998, p. 18): “Los aparatos médico-sanitarios tienden a impulsar una participación social individual, microgrupal o comunitaria; colocan el eje en lo asistencial/curativo; consideran a la población básicamente como un recurso, y la utilizan no tanto por su saber sino como mano de obra”. Asimismo, para Álvarez Leguizamón (2010, 2006) la promoción del trabajo comunitario para un problema que debe atender el Estado se enmarca en la perspectiva del desarrollo humano, un discurso propio de la etapa neoliberal que se acompaña por la implantación de una focopolítica, un nuevo arte de gobernar que se encarga de gestionar la vida de las poblaciones en riesgo, logrando así que lleguen al mínimo biológico necesario para la subsistencia pero sin avanzar en el mejoramiento de sus condiciones ni en la atenuación de la desigualdad.

En el material analizado se brinda una definición específica de participación social en salud: “se refiere al conjunto de acciones dirigidas a cuidar la salud que llevan adelante tanto la población como las autoridades locales, las instituciones públicas y los sectores privados” (1). No obstante, la interpelación que se realiza desde este cuadernillo educativo se dirige a los habitantes de las áreas afectadas, no sólo porque se aclara que el Estado intervendrá cuando haya casos confirmados, sino porque todas las actividades indicadas se orientan a la posibilidad de que las personas continúen con la prevención en forma privada, en su vida cotidiana, pero sin modificar aquellas condiciones que obligaron a tomar esos hábitos o tácticas de urgencia para tener agua disponible, para poder habitar una vivienda o, simplemente, para disponer la basura doméstica en algún lugar más o menos seguro —en términos domésticos, pero no en lo referente al plano urbano general.

Luego, detrás de la participación social se esconde otro término de creciente utilización en el terreno de las políticas públicas: “La participación comunitaria permite a la población el empoderamiento en relación al problema y el trabajo en equipo para alcanzar una solución al mismo” (1). Tal como Álvarez Leguizamón (2010) sostiene, el término *empoderamiento* es uno de los objetivos de la participación popular tomada en un sentido instrumental y utilitario, acepción que fue elaborada y difundida por los organismos internacionales como el Banco Mundial. Esta utilización sesgada del proceso participativo hace que la omisión de los factores de desigualdad vuelve a estar presente y la promesa es que, con ese conjunto de datos operativos, la información puntual y el know-how para la prevención, la población logrará empoderarse frente a una problemática de salud pública que excede el control del *Aedes aegypti* y se encuentra en el centro de las deficiencias de calidad de vida. Ésta no es una omisión deliberada del AC, puesto que él mismo no puede encontrar esta problematización en los materiales que estudia y, a menos que ensaye su pensamiento crítico abrevando en otras fuentes, no podrá realizar la relación entre enfermedades y pobreza, donde la incidencia de las ETV tiene un lugar destacado.

Siguiendo este recorte de la definición y de las explicaciones, la participación social asume formas específicas, tal como se indica en el cuadernillo sobre dengue: a) permitiendo que los AC entren en las casas para inspeccionar; b) recolectando y desechando los objetos inservibles donde el *Aedes aegypti* podría multiplicarse; c) atendiendo a los síntomas de dengue y de fiebre amarilla, así como vigilando la presencia del mosquito en su zona de residencia. Estas tareas se consideran oportunidades para que las personas modifiquen sus conductas puesto que se afirma que “el hombre fue desarrollando algunas costumbres que favorecieron que el mosquito habitara cerca de él. Las medidas necesarias para evitar que el insecto se siga multiplicando tienen que ver con que las personas modifiquen esos hábitos (nivel individual) y con acciones colectivas que son responsabilidad de los gobiernos y la comunidad”. Estas “costumbres” remiten a la utilización del concepto de estilo de vida que, en epidemiología, fue criticado por Menéndez (2009, p. 116), en tanto “tiende a colocar el riesgo de enfermedad pero también la responsabilidad por el mantenimiento de la salud en las acciones del sujeto enfermo o potencialmente enfermo” sin tener en cuenta, agrega el autor, la influencia de los procesos ideológicos, políticos, sociales y económicos que contribuyeron a la existencia de tal situación. Asimismo, la modificación de esas formas de hacer y de vivir podría concretarse a través de la

transmisión de la información correcta, y en este sentido el material educativo parece basarse, nuevamente, en la perspectiva del modelo de creencias en salud, que establece la necesidad de modificar conductas y criterios de la vida cotidiana asumiendo de manera normativa y unidireccional lo que sería mejor para los sujetos; asimismo, establece un parámetro económico para evaluar las posibles actitudes de las personas, considerando que éstas harán lo que les resulte más conveniente y, a la vez, lo que les reporte un costo menor (Soto Mas *et al.*: 1997).

Teniendo en cuenta esta perspectiva observada en el material, tanto la incidencia del dengue y de la fiebre amarilla se mantienen en la esfera individual y comunitaria, así como la responsabilidad por su control y pretendida erradicación. El nombre dado a esa reubicación dada al problema es “participación social”, que se transforma en la muestra de compromiso comunitario y constituye la medida de prevención constante indispensable para este tipo de planificaciones. Pero esta denominación adquiere la forma típica de la década de 1990, cuyo corte neoliberal promovió tecnologías de gobierno orientadas a la gestión del riesgo, a las políticas focalizadas y a la atribución de obligaciones y tareas para las poblaciones afectadas; tal como señala Álvarez Leguizamón (2002, p. 80), “en un contexto de exclusión cada vez más alarmante, no cabe duda que la apelación a las solidaridades comunitarias de los más pobres —sin derechos ni garantías y como espacio donde se realiza el bien público— tiende a agudizar las diferencias sociales ya existentes”.

El concepto de estilo de vida también es utilizado en el módulo sobre fiebre amarilla, donde las conductas cotidianas de prevención tienen a veces un rol secundario debido a la indicación general de aplicarse la vacuna —para el dengue no hay vacunas, por lo que las medidas de cuidado están en primer plano. En este material, el estilo de vida se asocia directamente con el trabajo y, así, se explicita: “La población que tiene más posibilidades de contraer la enfermedad está integrada por los individuos que por razones de trabajo o placer entran eventualmente a la selva y no han recibido la vacuna antiamarilica” (2). Entre los ejemplos citados de pobladores afectados se citan a los guardaparques, los ingenieros forestales, los viajeros, los militares, los agricultores, cazadores y pescadores. A pesar de destacar que la mayor cantidad de casos se da en los lugares donde hay actividad de tala de árboles y cultivo de tabaco, en ningún momento se menciona a los grupos más vulnerables, constituidos por mano de obra ocasional que ingresa a la selva en condiciones poco favorables e inseguras para su salud. Tampoco se hace referencia a los migrantes

que, ingresando a la selva o no, también constituye una población que puede ser potencialmente afectada; en contraposición, sí se destaca el riesgo que corren los viajeros que hacen turismo aventura y ecoturismo, y que no han sido vacunados antes de ingresar a la selva. En esta caracterización también puede vislumbrarse quiénes serían los enfermos para lamentar y quiénes los enfermos irremediables, en una combinación clara de la defensa a la sociedad y del dispositivo de seguridad (Foucault: 2006 /1977): hay que proteger a algunos del mal que sufren otros, a la vez que se sabe que el problema no podrá terminarse por completo, sino que se debe gestionar con el fin de direccionar las consecuencias y administrar los riesgos.

Educación informativa y/o información educativa: el conocimiento ausente

En esta sección del trabajo, se aborda la asimilación realizada entre educación y posesión de información adecuada; tanto para los AC como para la población con la que éstos trabajarán, educarse sobre las características del dengue y de la fiebre amarilla, así como sobre las medidas de prevención indicadas, supone contar con todos los datos correctos en cantidad y en calidad. Así, el plan educativo para los AC tiene un fin instrumental y operativo, mientras que el conocimiento amplio sobre el contexto de prevalencia de estas ETV se omite, puesto que ello implicaría el reconocimiento de procesos de desigualdad socioeconómica y de deficiencias graves en las condiciones de vida de la población, las que no pueden modificarse sólo por la acción comunitaria o el trabajo individual.

Es de destacar que la misma educación/información que reciben los AC es la que luego ellos transmiten a la población; es decir, si bien no hay ningún recorte en los datos ni modificación alguna, los AC no son formados en el conocimiento profundizado de la problemática. Esto permitiría utilizar el saber operativo y técnico a la hora de hacer recomendaciones y marcar pautas de trabajo, pero siempre incluyendo a éste en un contexto socioeconómico e histórico dentro del que la existencia de la enfermedad y sus brotes periódicos encontrarían explicaciones ampliadas y enriquecidas. Por el contrario, se sugiere que los AC deben “conocer generalidades de la enfermedad” para poder trabajar con las poblaciones afectadas, y se fomenta así una comprensión focalizada de la problemática, que requiere de un saber técnico y puntual; así, uno de los destacados del material sobre dengue afirma: “Si comprendemos que el mosquito es el que transmite la enfermedad de una persona a

otras... ¡entenderemos la importancia de controlarlo y lograr su eliminación!” (1). El mosquito como metonimia de los factores de contagio, y la prevención de estas ETV asimiladas al control del vector, se hallan en consonancia con los procesos de metaforización de la enfermedad y de los criterios de cuidado de las poblaciones en los que se hallan implicadas operaciones de significación específicas (Armus: 2002; Bonet y Gomes Tavares: 2007).

La omisión del contexto socioeconómico se contrapone con una predominancia de las informaciones sobre entomología y características biológicas del mosquito —en el caso de la fiebre amarilla, también existe un extenso apartado sobre las características de los monos que también pueden ser contagiados—, a partir de los que se puede conocer el ciclo completo de reproducción del *Aedes aegypti* y sus modos de vida. La existencia urbana del mosquito no es asociada con las condiciones de vida poco favorables (con la existencia de basurales, saneamiento deficiente, etc.), sino con el modo de vida del hombre, tal como ya ha sido referido. De este modo, no se problematiza por qué el mosquito llegó a multiplicarse tanto como para generar una epidemia urbana, sino que se enfoca directamente el qué hacer frente a esta situación, haciendo recaer el peso de la prevención en la esfera individual y comunitaria, pero entendiendo a ésta como la sumatoria de conductas personales y no como un proceso conjunto sinérgico, cuya fuerza conjunta es mayor y asume rasgos distintos a la que se observa en la acción de todos los sujetos que la componen. Este criterio que delimita factores de importancia y omite argumentos de peso sobre la influencia de los procesos de desigualdad también se relaciona con lo afirmado por Rochel de Camargo (1997) acerca de la predominancia de los parámetros biomédicos en epidemiología, los que orientan a esta disciplina en el sentido de corroborar hipótesis etiológicas y no avanzar en el debate sobre las causas no estrictamente biológicas que inducen a la aparición de ciertas enfermedades.

Siguiendo lo expuesto, la educación se asimila a la información porque es lo único que parece necesitarse para instrumentar medidas de prevención en la vida cotidiana. La falta de sinergia comunitaria se asocia con el mecanismo neoliberal de participación social señalado por Álvarez Leguizamón (2010), en tanto éste propende a la utilización de la energía y el tiempo de los pobres en políticas focalizadas y en tareas bien delimitadas, por lo que la labor en conjunto no asume características emancipatorias

(Menéndez: 1998), sino que sirve a los fines del mantenimiento de las desigualdades y a la autogestión de la pobreza⁴.

Asimismo, la educación se vincula también con la participación comunitaria; juntas forman una medida de prevención solicitada en estos cuadernillos de capacitación, en combinación con acciones de vigilancia epidemiológica y de control focal. Mientras que estas últimas actividades se encuentran detalladas, la meta de educación y labor comunitaria se enuncia en forma general; esta diferencia parece ilustrar lo que Tenti Fanfani (2001) sugiere en su análisis de la idea de participación social: nadie sabe bien a qué se refiere cuando menciona la necesidad de que la población se involucre en las políticas sociales, pero es de buen tino incluir esta meta y, además, hace que los planes y programas parezcan progresistas. Sin embargo, fueron los organismos internacionales los primeros que vieron el potencial carismático de la participación social como un mecanismo supuestamente inclusivo de sus iniciativas de ajuste y reforma.

Esta utilización casi publicitaria del concepto de educación y participación social se puede observar, en estos materiales, en la misma descripción de esta meta, que elude el desarrollo del aspecto educativo (qué contenidos son importantes, cómo serán explicados, en qué contexto, frente a cuáles sectores de la población, etc.) y orienta el de la participación comunitaria hacia otro cliché de los planeamientos de política social: la utilización de los medios de comunicación. Así, se estipula que las medidas de prevención deben ser difundidas en radio, televisión y gráfica, así como en las reuniones educativas, religiosas, vecinales y políticas creadas a estos efectos, pero no se explicitan las características de dicha labor comunicacional. Como sucede con otros planeamientos en materia de política social, se considera que la mera presencia de las recomendaciones en un medio de comunicación basta para que la población pueda tomar las decisiones adecuadas: así, modelo de creencias, educación como información, y entronización de los mensajes mediáticos se vuelven un solo fenómeno del que se esperan efectos altamente eficientes.

⁴ Es importante aclarar que el dengue y la fiebre amarilla no se consideran aquí como sólo “enfermedades de la pobreza”, pero que sí se potencian por ésta, debido a las condiciones ineficientes de vivienda, limpieza urbana, saneamiento, provisión de agua potable, etc. De hecho, en los materiales educativos analizados se realizan comparaciones gráficas entre casas que están en buenas condiciones edilicias y casas precarias en lo que parece ser una villa o un barrio de emergencia: mientras que las primeras estarían más protegidas contra este tipo de ETV, las segundas (lógicamente) se encuentran en riesgo.

En un tercer sentido, la educación se plantea como un medio para la vigilancia epidemiológica, “si la población cuenta con la información adecuada”, pues así podrá contribuir con la labor del AC y del equipo de salud, cuando se hallen casos confirmados. De manera complementaria, logrará continuar con la prevención y la observación en su área de referencia aún sin la presencia del AC, puesto que éste, en su visita, deberá comunicarle toda la información que sea necesaria para que pueda proseguir con las medidas de autocuidado, pero también les indicará el modo en que pueden y deben participar cuando se realicen las inspecciones y las tareas de búsqueda y descarte de los objetos que pueden ser criaderos de mosquitos: “Antes de realizar la actividad específica de recolección será necesario comunicarle a la población en qué consisten las tareas, por dónde y en qué horarios se llevarán a cabo, cuáles son los resultados esperados y las maneras en que los vecinos pueden participar” (1). Nuevamente, la labor comunitaria se encuentra diseñada y delimitada por los objetivos de la política implementada y por lo que se considera que la sumatoria de acciones individuales puede aportar a la prevención.

De manera específica en el material sobre fiebre amarilla, el componente educativo puede observarse en los enunciados destacados que, al final de un texto explicativo, resumen o brindan el dato de cierre a la información expuesta, como si fuera una idea central que es imprescindible recordar. Asimismo, en los apartados de actividades el objetivo apunta a la comprensión de texto y a la implementación de información operativa —esto también se encuentra en el módulo sobre dengue—, lo que se halla definido no sólo por el contenido de la tarea, sino también por el procedimiento de intelección que se encuentra sugerido: “enuncie”, “indique”, “describa”. Esto sucede en ambos módulos con excepción de una actividad propuesta en el de fiebre amarilla, que por sus características especiales y que no se repiten en el resto del material analizado, será abordada en la sección que sigue.

En líneas generales, también en lo referente a fiebre amarilla la educación asume la forma de “información certera y oportuna”, lo que permitiría que la población pueda participar de las acciones en salud. Por eso, la comunicación adecuada en el marco de una política de prevención se basa en la información y en su transmisión a través de los medios correctos; nuevamente, y en simultáneo con el uso difuso de la participación social, la difusión mediática de los mensajes supone una recepción hecha a la medida de los objetivos, así como un manejo casi espontáneo de las herramientas que los medios pueden ofrecer para estos fines.

Circulación fronteriza y migrantes como “factores causales”

Al llegar a este punto del trabajo, cabe preguntarse en qué parte del análisis ingresan las consideraciones sobre frontera y migraciones, y por qué este tema se enlazaría con los aspectos ya señalados sobre las características de la educación para la salud, las interpelaciones a la participación social, las omisiones de las variables socioeconómicas, etc. Pues bien: la misma información técnica y operativa con la que los AC son capacitados produce un efecto ambiguo en la inclusión de fenómenos consuetudinarios como la migración en las zonas más afectadas por las ETV mencionadas. Lo que se quiere decir con esto es que el tránsito fronterizo y la decisión de migrar no se encuentran tematizados en estos materiales como parte del contexto donde esta problemática de salud se despliega, y, cuando aparecen, se construyen como una causa más, en el mismo nivel de la falta de saneamiento o de las viviendas precarias. En este sentido, lo que se plantea en esta sección del trabajo es que las migraciones y la circulación en zona de frontera no pueden ser una causa asociada con la prevalencia de las ETV, sino que deben ser consideradas una dimensión más del escenario donde se desarrolla el problema: ubicarlas en el plano de las causalidades contribuye a su estigmatización y a la atribución de responsabilidades “nacionales” en el marco de una situación que debería ser trabajada en un nivel regional.

Es importante recordar que, en Argentina, la ley migratoria vigente (N° 25871, sancionada en el año 2004) reconoce el derecho a la salud para las personas migrantes en su artículo 8°, el que especifica lo siguiente: “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”. El reemplazo de la norma 22439, vigente desde los tiempos de la dictadura, fue celebrada por los especialistas en la materia: “La ley 25.871 ha puesto punto final a una situación denigrante para la condición humana, como era la anterior ley de migraciones. Esto es así ya que una doble inconstitucionalidad impregnaba la misma, de una parte porque el órgano emisor fue un gobierno de facto; de otra porque su contenido traicionaba los postulados de la Constitución Nacional y los textos internacionales de protección de los derechos fundamentales” (Chausovsky: 2004, p. 117). Asimismo, Novick (2008, p. 143) afirma que la ley 25871 “es ambiciosa: apunta a formular una nueva política demográfica nacional, a fortalecer el tejido sociocultural del país y promover la integración sociolaboral de los inmigrantes”. Siguiendo estas

modificaciones en la legislación, es de esperar que también cambien ciertos parámetros con los que se elaboran las políticas públicas, sobre todo en el área social, puesto que la mirada inclusiva sobre las migraciones requiere, para su puesta en práctica, que las formulaciones en salud, educación, etc., también adopten esta perspectiva de reconocimiento de derechos. En materia de epidemiología y ETV, esta transformación se vuelve sumamente importante teniendo en cuenta el carácter de estas enfermedades vectoriales, que se expanden en una región que comparte similitudes geográficas, ambientales y socioeconómicas, tal como sucede en extensas zonas de la frontera del noreste argentino con Paraguay, en un contexto que caracteriza Novick (2010) como de puesta en cuestión del sentido dado a la soberanía y al territorio nacional. Por eso, de las apelaciones y las ausencias de estas ideas, en los materiales analizados, también trata este trabajo.

Retomando el hilo de estos razonamientos, la posesión de conocimientos técnicos y de información operativa por parte de los AC, y su transmisión a la población sin otro soporte de contenidos socioeconómicos, obstaculiza el conocimiento profundo de la situación y el análisis de las condiciones socioeconómicas y de desigualdad que contribuyen a la reaparición de brotes de ETV en las áreas de mayor incidencia. La utilización de datos técnicos y puntuales para referirse a las migraciones coadyuva al conocimiento focalizado y lineal de este fenómeno, así como avanza en el proceso de responsabilización de las poblaciones que se encuentran al otro lado de la frontera. Sobre esta construcción se encuentran numerosos ejemplos en el módulo sobre fiebre amarilla; de hecho, en la cronología descrita sobre esta enfermedad, la región fronteriza se encuentra directamente problematizada:

A fines de 1870 comenzó el brote de 'vómito negro' en la ciudad de Asunción del Paraguay. Corrientes era un importante contacto de comunicación y abastecimiento, lo que implicaba un continuo movimiento mercantil e intereses económicos relacionados con estos abastecimientos. De manera que rápidamente también estalló en esa ciudad el brote por esa enfermedad, por negligencia grave de sus autoridades que de algún modo

privilegiaron esas operaciones mercantiles a la seguridad de la población.

Este párrafo no fue redactado especialmente para el material, sino que fue tomado de una página web donde se realizó una entrevista al Dr. Daniel Eduardo Merino, quien a su vez toma las palabras de otro autor, Ángel Yankilevich, para historizar de tal modo a la fiebre amarilla. Resulta muy significativo que se recurra a semejante cadena de autores para describir la historia de esta enfermedad y que, del fragmento extraído, la mitad condense una serie de sentidos sobre la frontera, la comunicación limítrofe, y un origen pretendidamente extranjero de la enfermedad que hace recordar el análisis que Sérgio Carrara (1996) realizó sobre la sífilis en Brasil, en el que destacó la necesidad social de establecer el inicio de esta dolencia fuera de los límites del país⁵. De todas maneras, su publicación en un material oficial, como dato casi exclusivo de la historia de la fiebre amarilla, localiza el inicio de este brote en Paraguay, a la vez que establece como zonas de máximo riesgo a las provincias fronterizas con este país y con Brasil. Lo mismo se explicita en el módulo sobre dengue, sin que se tenga en cuenta que esos distritos provinciales no delimitan el borde más allá del que se encuentran estas ETV como amenaza para la salud; estas zonas, construidas como límites, están en verdad inmersas en una región más amplia de incidencia de esta problemática y que, en un trabajo conjunto, no debería reconocer fronteras. En efecto, la difusión del *Aedes aegypti* no está dada por límites geográficos, sino por condiciones de vida que, a un lado y a otro de la frontera, tienen similitudes que promueven la permanencia de estas enfermedades.

La caracterización de la zona de frontera como un área con características especiales, no exclusivamente nacionales, ha sido realizada entre otros por Fantín (2009, p. 150): “El concepto de frontera implica, en primer lugar, reconocer que sólo es posible percibir la frontera en la medida que los espacios situados a ambos lados del límite tengan una base demográfica y que además exista una real red de relaciones

⁵ No se deja a un lado la posibilidad de que los módulos de dengue y de fiebre amarilla hayan sido escritos por redactores diferentes —la autoría siempre es institucional y corresponde a la Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud argentino—, y que en cada caso el material con el que se contó y la importancia dada a cada dato fueran distintos. No obstante, el efecto discursivo logrado es diferente en un caso y en el otro; en consecuencia, fuera de las condiciones de producción y de las intencionalidades del autor, el discurso finalmente elaborado es lo que se analiza en este trabajo.

entre las poblaciones ubicadas a ambos lados del límite internacional”. Para la autora, la existencia de frontera denota asimismo que este espacio esté ocupado por grupos sociales; si no, se trata de un límite territorial del Estado que no se encuentra incluido en los planeamientos de políticas sociales. Es en este mismo sentido que la idea de frontera se encuentra trabajada en los materiales analizados: como zonas habitadas donde las poblaciones pueden ser potencialmente afectadas o, por el contrario, ya conviven con la enfermedad en expansión. Así, el abordaje de las zonas de riesgo (predominantemente las provincias argentinas fronterizas del noroeste: Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones, y también Salta) es similar en ambos materiales. Sin embargo, en el módulo sobre fiebre amarilla se aclara: “En Argentina, se consideran zonas de riesgo para enfermar de fiebre amarilla a todos aquellos departamentos que sean limítrofes con los países de Brasil, Bolivia y Paraguay”, mientras que en el material sobre dengue se comenta: “En nuestro país el comportamiento del dengue es epidémico: está restringido a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo) y en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes”. La variable nacional-territorial siempre está presente en la caracterización de los brotes de la ETV, pero en ningún caso se hace referencia a los rasgos regionales de esta problemática ni se hace una reflexión sobre la posible necesidad de abordar de manera conjunta, entre varios países, esta situación.

Esta mención restringida del área fronteriza, en términos nacionales pero no regionales, se combina con una referencia ambigua del fenómeno migratorio, el que suele “funcionar” para aportar causalidades y explicaciones, pero no para analizar el contexto de emergencia de estas ETV de un modo diverso y profundizado. Así es como “las migraciones” están mencionadas en ambos módulos como factores influyentes de los brotes epidémicos, en la misma línea que la urbanización no planificada, la falta de manejo de residuos ambientales y los “recursos insuficientes” (1), tal como se enumera en el material sobre dengue. Sin embargo, sí puede rastrearse una parte de este texto de capacitación en el que la migración cuenta con un lugar destacado: las actividades pautadas en el módulo de fiebre amarilla. Debido al énfasis puesto en la influencia de la frontera y de la cercanía con Paraguay, hay un ejercicio específico sobre el tema cuya consigna indica: “Ramón es un poblador que vive en Misiones, cerca de la frontera con Paraguay, tiene cuatro hijos [...] y vive con su esposa [...] y su suegra Marta que tiene 70 años. Por cuestiones laborales Ramón viaja frecuentemente al país vecino para hacer changas [...] Como agente comunitario,

¿qué recomendaciones sobre la prevención de la fiebre amarilla le haría a Ramón?” (2). Aunque hay otras preguntas asociadas a este interrogante inicial de la actividad, es significativo que la única tarea que incluye una dimensión socioeconómica incluye el tema de la circulación fronteriza y la comunicación con Paraguay desde una óptica de amenaza y de peligro. Ramón, el personaje del ejercicio, debe tomar medidas de precaución por su vida cotidiana y toda la explicitación dada sobre su tránsito hacia Paraguay omite cualquier otro dato sobre sus condiciones de vida, si se ha aplicado la vacuna o no, o cómo es la situación del barrio donde reside. De manera complementaria, otra actividad en el mismo módulo solicita el análisis de la historia de la fiebre amarilla en relación con “los factores ambientales y socioeconómicos que pudieron agravar la epidemia de la época”. Teniendo en cuenta que el único dato socioeconómico brindado en el texto de lectura era el de la comunicación comercial y fronteriza entre Corrientes y Paraguay, resulta obvio que ésa sería la respuesta correcta para este enunciado.

Conclusiones: límites y ambigüedades del agente comunitario

La capacitación sobre un tema puntual de salud puede contribuir a la construcción de otros sentidos sobre fenómenos sociales contemporáneos o consuetudinarios, y el ejemplo de los materiales educativos sobre dengue y fiebre amarilla distribuidos entre las personas destinadas a acompañar a las poblaciones en la prevención de estas ETV resulta particularmente ilustrativo a este respecto. De allí se desprende que es necesario analizar en profundidad los contenidos impartidos en estos programas de capacitación sobre problemas de salud pública que se encuentran en la agenda urgente del Estado. En este trabajo se ha tratado de hacer el recorrido desde la caracterización de los AC en salud hasta sus implicancias en aspectos no exclusivamente sanitarios, sino políticos, sociales y económicos. En este sentido, el objetivo central de estas páginas ha sido problematizar el modo en que una capacitación técnica en función de ciertas políticas sociales logra cimentar significados específicos sobre dimensiones asociadas como la participación social, la educación comunitaria, las migraciones y la circulación fronteriza. Este último tema es especialmente significativo en tanto las ETV se despliegan en un espacio regional que continuamente intenta trabajarse en términos nacionales, por lo que las ideas de frontera y de país limítrofe adquieren un peso notorio con sentidos diversos y, muchas veces, encontrados.

La primera reflexión que surge del análisis general realizado en este trabajo es que el mismo AC parece ser una construcción que surge como resultado de las “trampas” de la participación social. A pesar de sus potencialidades positivas y de la importancia de crear nexos sociales entre el Estado, los equipos de salud y las poblaciones afectadas por estas enfermedades, la forma en que estos AC están siendo instruidos y el orden de prioridades en los contenidos impartidos merece un debate no sólo pedagógico, sino también social y político. En efecto, la figura del agente en salud que se dibuja a partir de estos materiales de capacitación constituye un dispositivo de intervención en problemáticas de salud pública que, con sus características, ahondaría las desigualdades de saber y de acción en salud, a la vez que reproduciría acríticamente ciertos imaginarios de diferencia en materia de poder y capital cultural, puesto que su saber casi exclusivamente técnico lo limita para profundizar su comprensión de la problemática en la que trabajan. Esta información operativa sin otros conocimientos complementarios impide la reflexión, la crítica y la transformación; así, los AC se vuelven representantes del Estado cuya función es “filtrar” las demandas y dar aviso a los equipos de salud cuando existan casos confirmados, pero las instrucciones con las que debe trabajar se orientan al mantenimiento de las condiciones de base que siguen permitiendo la existencia de las ETV: infraestructura, saneamiento, viviendas y limpieza urbana deficientes.

Asimismo, la mención de las migraciones como un factor causal asociado coadyuva a la permanencia de ciertos procesos de estigmatización sobre los migrantes y la frontera, puesto que la decisión de migrar no puede estar en la lista de causas de prevalencia de las ETV, sino que forman parte de su contexto de aparición. La migración no es un factor para controlar o erradicar, como sí lo deben ser los basurales a cielo abierto y la falta de tendido de red de agua potable. La igualación de estas “condiciones propicias” atenúa la consideración sobre las variables socioeconómicas y de desigualdad que hacen que estas ETV se vuelvan predominantemente enfermedades de los pobres —más allá de los ingenieros forestales y los viajeros que hagan ecoturismo—, así como que la construcción culpabilizante de los migrantes también se halle en una planificación de este tipo, que aborda una problemática regional.

La asociación lineal entre educación y posesión de datos operativos también avanza en el sentido del estereotipo y de la omisión; dado que contar con información no es equivalente a conocer, la transmisión de contenidos técnicos omite el debate y la

crítica sobre las condiciones socioeconómicas y estructurales que contribuyen a la existencia de las ETV en las regiones de mayor incidencia. En simultáneo, las características de la participación comunitaria que se promueven desde los materiales analizados refuerzan el nivel de la responsabilidad individual en la prevención y establece “lo social” como una sumatoria de personas, dejando así a un lado las posibilidades sinérgicas del trabajo en conjunto. Esta propuesta de labor comunitaria se enmarca en los postulados neoliberales de ajuste y retirada del Estado en materia de salud, un modelo que si bien está sufriendo modificaciones auspiciosas en Argentina, mantiene aún algunos de sus rasgos más negativos en ciertas políticas sociales.

La presencia de los AC, como ya ha sido dicho, es interesante y prometedora, puesto que la labor cotidiana en prevención de salud es un objetivo muy importante en ciertas áreas de epidemiología donde el riesgo de contagio se enlaza directamente con las condiciones de vida de la población. Sin embargo, resulta preciso construir a esta figura no sólo como un representante del Estado que controla las demandas sanitarias de los sectores sociales afectados, sino como un acompañante “en campo” de los equipos de salud y un verdadero comunicador de necesidades e inquietudes; sólo así el AC podrá dejar de ser una barrera que regula la intervención estatal, y se transformará en un eslabón necesario dentro de una planificación sanitaria multidisciplinaria.

Bibliografía

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2010. “Discurso del desarrollo humano, representaciones de la pobreza y la participación como dispositivo para autogestionarla”. Ponencia presentada en el V Coloquio Local, III Coloquio Regional OSC-Universidad y II Foro de Economía Social, Santa Fe, noviembre de 2010.

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2006. “La invención del desarrollo social en la Argentina: historia de ‘opciones preferenciales por los pobres’”. En: ANDRENACCI, L. (comp.). *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: UNGS-Prometeo. p. 81-124

ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. 2002. “La transformación de las instituciones de reciprocidad y control: del don al capital social y de la biopolítica a la

- focopolítica". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. ener./abr. 2002, vol. 8, no. 1, p. 57-89.
- ARMUS, D. 2002. "Cultura, historia y enfermedad: a modo de introducción". En: ARMUS, D. (ed.). *Entre médicos y curanderos: cultura, historia y enfermedad en la América Latina moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma. p. 11-25.
- AYRES, JR. 2003. "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde". *Interface*. sep. 2003/feb. 2004, vol. 8, no. 14, p. 73-92.
- BONET, O y GOMES TAVARES, FR. 2007. "O cuidado como metáfora nas redes da prática terapéutica". En: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Río de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. p. 263-277.
- CARRARA, S. 1996. "A sífilis e os sífilógrafos no Brasil". En: CARRARA, S. (ed.). *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Río de Janeiro: Fiocruz, p. 74-132.
- CHAUSOVSKY, G. 2004. "Apuntes jurídicos sobre la nueva Ley de Migraciones". En: GIUSTINANI, R. (comp.). *Migración, un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo Libros, p. 117-130.
- DELEUZE, G. 1991. "Posdata sobre las sociedades de control". En: FERRER, C. (comp.). *El lenguaje literario: filosofía de la protesta humana*. Montevideo: Ed. Nordan. p. 15-23.
- FANTÍN, MA. 2009. "Análisis demográfico de la población en la franja fronteriza entre Argentina y Paraguay, años 2001 y 2002". *Revista Geográfica*. ener./jun. 2009, no. 145, p. 149-168.
- FOUCAULT, M. 2010/1978. *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 2006/1977. *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 2010/1976. *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GOTTERO, Laura (2011) "Epidemiología, desigualdad social y racionalidad técnica: el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre amarilla en

- Argentina (2009-2011)". En: KORNBLIT, AL, CAMAROTTI, AC y WALD, G (eds.). *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani.
- MENÉNDEZ, E. 1998. "Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado". *Cuadernos Médico Sociales*. may. 1998, no. 73, p. 5-22.
- MENÉNDEZ, E. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2009. *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo I: dengue*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2009. *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en ambiente y salud. Módulo II: fiebre amarilla*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- NOVICK, S. 2010. "Introducción: migraciones, políticas e integración regional: avances y desafíos". En: NOVICK, S. (dir.). *Migraciones y mercosur: una relación inconclusa*. Buenos Aires: Catálogos- Universidad de Buenos Aires, p. 9-28.
- NOVICK, S. 2008. "Migración y políticas en Argentina: tres leyes para un país extenso (1876-2004)". En: *Las migraciones en América Latina: políticas, culturas y estrategias*. Buenos Aires: Catálogos – CLACSO, p. 131-152
- ROCHEL DE CAMARGO, K. 1997. "A biomedicina". *Physis: Revista de Saúde Colectiva*. 1997, vol. 7, no. 1, p. 45-68.
- SOTO MAS, F, MARÍN, JAL, PAPENFUSS, RL y LEON, AG. 1997. El modelo de creencias en salud: un enfoque teórico para la prevención del sida". *Revista Española de Salud Pública*. jul./ago. 1997, no. 71, p. 335-341.
- TENTI FANFANI, E. 2001. "Las palabras y las cosas de la participación". En: TENTI FANFANI, E. (ed.). *La escuela vista de afuera*. México: Lucerna/Diogenis. p. 85-93.
- TRONTO, J. 1993. *Moral boundaries*. Londres: Routledge.