



“Caso con antecedentes de viaje”: una problematización de la causalidad construida sobre el dengue en Argentina (2009-2013)

Laura Gottero

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICET)

Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires (IIGG-FSOC-UBA)

lauritagottero@hotmail.com

Recibido: Ago. 2013.

Aprobado para publicación:
Dic. 2013.

Resumen

El presente artículo aborda la lectura crítica de la serie de documentos llamados partes sobre dengue en la Argentina. Éstas constituyen publicaciones periódicas —más o menos frecuentes según la incidencia de esta enfermedad en el país, que llegaron a ser semanales pero en la actualidad son mensuales o más espaciadas en el tiempo— que describen la evolución de los casos de dengue, localizan geográficamente los brotes e informan a los equipos técnicos y políticos si hay circulación viral o no. El análisis pretende problematizar la noción “caso con antecedentes de viaje”, que se encuentra de manera explícita en esos informes argentinos sobre dengue, y que se articula con otras categorías presentes en este relato oficial de la enfermedad, como “caso importado” y “caso autóctono”. Aunque se encuentran en los manuales de procedimiento epidemiológico, estas categorías cobran una significación especial con relación a la frontera y las migraciones, así como focalizan ciertos factores causales en desmedro de otros relacionados con la desigualdad socioeconómica.

Palabras clave

Dengue, migraciones, frontera, epidemiología.

"Case with travel history": problematization of causality built on Dengue in Argentina (2009-2013)

Abstract

This article addresses the critical reading of the series of documents called reports on Dengue in Argentina. These are periodical publications -varying their frequency depending on the incidence of this disease in the country, they came to be weekly but currently are monthly or more spaced in time- that describe the evolution of Dengue cases, localize outbreaks geographically, and inform technical experts and political work teams whether there is viral circulation or not. The analysis aims to problematize the notion of "case with travel history", which is explicit in these technical reports on dengue in Argentina, and that is tied to with other categories present in the official account of the disease, as "imported case" and "indigenous case". Although these categories can be found in epidemiological procedure manuals, they acquire a special significance in relation to the border and migration.

Key words

Dengue, migration, border, epidemiology.

Introducción

El presente trabajo constituye un intento por problematizar nociones arraigadas en el discurso epidemiológico contemporáneo sobre enfermedades vectoriales. Con frecuencia, se cree que la mirada estigmatizante puede estar situada en la caracterización de fenómenos sanitarios relacionados con el género, la niñez o la ancianidad, o las enfermedades de transmisión sexual. Sólo de manera reciente la lectura crítica de las ciencias sociales ha orientado sus inquietudes hacia las formas de denominación y clasificación que anidan en los procedimientos cotidianos de áreas de salud pública consideradas más tradicionales o "duras", como es el caso de la epidemiología. En ese sentido, ese esfuerzo analítico ha permitido dar cuenta de construcciones simbólicas con connotaciones de diferencia, amenaza, peligro o desigualdad clara que merecen ser discutidas, que se inscriben en las discusiones de la epidemiología sociocultural, social latinoamericana y/o crítica. Siguiendo esta corriente de pensamiento es que puede estudiarse en profundidad la aparición, en la escena de la circulación de discursos, de conceptos epidemiológicos como "caso importado", que trasladaron su ámbito de significación desde los manuales de procedimiento internacional a la opinión pública y al discurso mediático, así también a documentos sanitarios oficiales con propósitos de divulgación y a la cotidianidad del hablar médico¹.

Siguiendo lo expuesto, las líneas siguientes realizan un análisis crítico del discurso acerca de una noción articulada con la de "caso importado", que se encuentra de manera explícita en una serie de documentos técnicos sobre dengue en Argentina. Se trata del conjunto de los partes sobre dengue, publicaciones periódicas —más o menos frecuentes según la incidencia de esta enfermedad en el país, que llegaron a ser semanales pero en la actualidad son quincenales o mensuales— que tienen el fin de describir la evolución de los casos de dengue, localizar geográficamente los brotes e informar a los equipos técnicos y políticos si hay circulación viral o no. Estos documentos, tal su misión, son muy explícitos en el momento de caracterizar el desarrollo del contagio de dengue en las diferentes provincias argentinas, pero también aclaran

¹ El "caso importado" como ejemplo de establecimiento de la variable nacional en la explicación de las problemáticas de salud que ingresan en la agenda pública, no constituye un caso aislado de Argentina, el país que será objeto de este estudio. Por el contrario, en España —por citar un ejemplo— se redactan manuales completos dedicados a informar a los equipos sanitarios sobre cómo actuar ante "enfermedades importadas", ya sea provenientes de los trópicos o de la categoría utilizada en los últimos tiempos, VFR: *Visiting Family and Relatives* (Visitando Familia y Relacionados).

de manera expresa si el enfermo registrado constituye un "caso con antecedente de viaje" o no se ha trasladado a un país limítrofe o con circulación viral en las últimas semanas.

El "caso con antecedente de viaje" (de aquí en adelante, "caso con AV") representa no sólo una categoría procedimental de información epidemiológica, sino también un eufemismo de la situación de migración, transitoria o permanente, que en cualquier caso es asociada con el inicio del brote desde la frontera y en el lugar de destino.

En ese sentido, el trabajo que aquí se desarrolla tiene tres objetivos: a) problematizar el uso de esta noción en contraposición con la ausente caracterización de casos en los que no hay precedente de viaje y que están situados en zonas socioeconómicas de elevada carencia e infraestructura deficiente —después de todo, la proliferación del mosquito causante de dengue tiene entre sus condiciones de posibilidad las deficiencias de tendido de agua potable y la existencia de basurales a cielo abierto; b) la predominancia de la variable nacional-extranjero en el relato de los brotes, lo que se observa tanto en la referencia a casos AV como en el registro de países limítrofes, en desmedro de una visión regional de esta problemática sanitaria; c) el ocultamiento de la situación de migración propiamente dicha que, transformada en "caso AV", contribuye a una mirada estigmatizadora de las poblaciones limítrofes que cruzan la frontera hacia Argentina, cuya migración es reconocida por la ley migratoria vigente como un derecho humano y que, por añadidura, tienen reconocido el derecho a la atención médica cualquiera sea su situación administrativa o trayectoria migratoria.

Se espera que, a través del desarrollo de los puntos anteriores, las conclusiones puedan profundizar el debate en torno a la condición regional del dengue, que no reconoce fronteras, y por consiguiente la necesidad de articular una política multinacional que no tome en cuenta la condición de viaje o de nacionalidad para caracterizar los períodos de mayor incidencia. En simultáneo, también se intenta destacar que la predominancia de referencias sobre casos AV no es azarosa si se tiene en cuenta la omisión de la caracterización de las zonas socioeconómicas más afectadas, varias de las cuales no son fronterizas y sí carentes de servicios básicos eficientes.

La técnica como producción simbólica: los "antecedentes de viaje" leídos como extranjería y no-migración

En la lógica de caracterización de la problemática de salud, la publicación periódica de partes o informes sobre dengue constituyó, para el Ministerio de Salud argentino, el mejor modo de realizar un seguimiento de la circulación de esta enfermedad en el territorio argentino desde el año 2009 a la actualidad. La intención de registro y clasificación que se demuestra a partir de esta medida de difusión pública —puesto que estos informes constituyen la materia prima para la acción cotidiana de los equipos de salud— mantienen un paralelismo con lo que Anderson (1991) denominó "censo" que, en este caso, se aparta de la definición propia del conteo de la población total y se enfoca a la enumeración de casos de contagio. El censo —junto con el mapa y el museo— es, para el autor, una institución de la reproducción mecánica que sirvió para imaginar los dominios del Estado colonial. El censo construye identidades imaginadas a través de la clasificación, una ficción que da lugares a todos los elementos identificados, así como una cuantificación que da paso a la burocracia: "Podemos notar la pasión de los empadronadores por lo bien elaborado y claro (...). La ficción del censo es que todos están incluidos en él y que cada quien tiene un lugar —y sólo uno— extremadamente claro. Nada de fracciones" (Anderson, 1991, p. 231). En efecto, una de las funciones primordiales de los partes sobre dengue es la de realizar un conteo pormenorizado, provincia por provincia, de los casos confirmados y sospechosos de dengue, así como la evolución numérica en países limítrofes. En este sentido, este esfuerzo estatal estadístico se asemeja mucho a un censo sanitario específico sobre una enfermedad que ingresó en la agenda pública de problemas.

En esta narrativa clasificatoria sobre la población que cobija el Estado, que se manifiesta a través de informes como los partes periódicos sobre enfermedades, la descripción va de la mano con la veridicción en el sentido que le da Foucault (2010a), en tanto lo que prima en cada época histórica no es la verdad, sino lo verídico. Por eso, es preciso analizar la constitución de una cierta verdad a partir de una situación jurídica, ambas articuladas en el desarrollo de un discurso que, en cada momento histórico, establece los enunciados verdaderos y los falsos:

Creo que lo que tiene una importancia política actual es determinar con claridad cuál es el régimen de veridicción que se instauró en un momento dado (...) Lo que políticamente tiene su importancia no es la historia de lo verdadero, no es la historia de lo falso, es la historia de la veridicción (Foucault, 2010a, p. 55).

Siguiendo esto, resulta relevante indagar el valor político que surge de la marcación de ciertos factores de incidencia de dengue en lugar de otros; resulta claro que la decisión de destacar los AV de un enfermo, y no sus condiciones de vida, conlleva consecuencias de carácter ideológico en la interpretación de la problemática. De la misma manera, la exposición clara de la condición fronteriza de ciertas provincias donde se iniciaron los brotes (Misiones, Chaco), y no los factores de pobreza que elevan drásticamente el número de casos en provincias no fronterizas (Santa Fe), también coadyuvan a la construcción de un relato verosímil sobre los elementos que dieron lugar a este problema de salud pública.

Asimismo, la oposición entre los casos AV y los que no tienen esta condición remite a la situación migratoria del contagiado; tal como se ha referido en la introducción, ya se trate de una persona argentina o de otro país, la característica de haber estado en otra parte es destacada, en los partes sobre dengue, más que cualquier otro factor que incide en la expansión de esta enfermedad (infraestructura urbana, acceso a agua potable en el domicilio, etc). En este sentido, se recupera la definición del Estado realizada por Vilas (2007), en tanto productor de identidad e instancia definitoria del modo de nombrar:

Los nombres diferentes favorecen la ubicación de las mismas personas en conjuntos sociales distintos y la definición de acciones de política diferentes según varíe la denominación. Los nombres no son antojadizos, porque las palabras están preñadas de significados (Vilas, 2007, p. 20).

La referencia al viaje, y no a la migración, se enlaza con la marcación de "lo extranjero" en la situación definida: tanto el contagio puede radicarse en espacios ajenos al territorio argentino, como el mismo enfermo puede ser ajeno al país. Así, los casos AV son en cierta medida extranjeros a la problemática nacional: han venido para engrosar el conteo pero pareciera que la referencia velada y eufemística a la migración obtura otras fuentes de contagio. De este modo, las connotaciones atribuidas al extranjero siguen operando con la fuerte carga simbólica que Devoto (2003) señalaba, en el sentido de que la distinción entre "inmigrante" y "extranjero" se encuentra en el origen de las construcciones jurídicas y sociales sobre la migración. Para el autor, estas nociones estuvieron expuestas a redefiniciones y resignificaciones durante los siglos XIX y XX; de hecho, en algunos casos, socialmente era más sencillo distinguir ambas ideas cuando jurídicamente las demarcaciones eran mucho más imprecisas:

Por supuesto que el inmigrante es jurídicamente un extranjero y que el uso del término se aplica cuando deben indagarse los derechos (en especial la larga discusión sobre los derechos políticos) de los habitantes que no son argentinos (...) Sin embargo, en un uso extrajurídico, en la prensa, en el ensayo, en el uso social del término, las distinciones entre unos y otros son muy evidentes (Devoto, 2003, p. 33).

Siguiendo lo expuesto, el enlace entre salud pública y migración fue planteado por el Estado desde el inicio de las migraciones llamadas "de masas", sucedidas a fines del siglo XIX y principios del XX, en el que las políticas de selección poblacional introdujeron requisitos de ingreso relacionados con la salubridad y el control de enfermedades. Esta nueva perspectiva para la admisión, afirma Devoto, fue un puntapié importante para la sanción de políticas restrictivas:

En el terreno del control de los arribados, lo más activo fue intentar imponer mecanismos más estrictos en el plano sanitario. En ello, a las consideraciones antes indicadas habría que agregar ahora el clima ideológico imperante en los grupos dirigentes con el crecimiento de perspectivas biológico- raciales, que encontraban amplio espacio en el higienismo y en la eugenesia social, con su celo en el mejoramiento de la 'raza argentina' [...] El problema era parte de una tendencia de más largo plazo —que venía del siglo pasado y dominaría todo el siglo XX— de otorgar particular importancia a las cuestiones de salud por el peligro que se suponía conllevaban, dado el énfasis puesto en la influencia de la transmisión hereditaria en la conformación de los pueblos (...) En otro orden de problemas, pero en el mismo registro —y revelando nuevamente el peso del Departamento Nacional de Higiene—, en 1913 un nuevo decreto aumentaba nuevamente la tipificación de las enfermedades que daban lugar a la exclusión de inmigrantes (Devoto, 2003, p. 291-292).

De esta manera, puede observarse que la construcción de la inmigración como una causal de problemática de salud pública se encuentra en el origen mismo del reconocimiento de la influencia migrante en la constitución de la población argentina, y representó la fuente de imaginarios y estereotipos de gran influencia en el siglo XX. En el mismo sentido, Soldano y Andrenacci (2006) dan cuenta de la ocasión de las grandes epidemias de fines del siglo XIX en Argentina —en especial la de fiebre amarilla en 1871— como un momento en el que esta problemática pasó a formar parte de la agenda del Estado, y a través de la que el higienismo logró una inserción legitimada en el plano de la salud pública:

Convertida la enfermedad, en particular la de tipo infeccioso, en una 'cuestión social', el higienismo se identificaría con la civilización y el progreso, en una lucha contra los 'miasmas' que autorizarían distintos modos de intervención para su erradicación (Soldano y Andrenacci, 2006, p. 57).

La visibilización de los extranjeros como asociados con la difusión de ciertas enfermedades constituiría, así, una de las formas en que la definición cultural de lo nacional, por parte del Estado, marca la distancia entre un *nosotros* y un *ellos*. El lente de la nacionalidad define, de este modo, la perspectiva desde la que se estructuran los vínculos en sociedad: siguiendo a Halpern (2010), aquélla permite el desarrollo de un mecanismo para establecer relaciones sociales, así como para instalar criterios de validación a través de "distintas políticas desde lo que se denominaría 'cultura política argentina', es decir, desde los patrones oficiales de definición de lo válido y lo deseado en el territorio" (Halpern, 2010, p. 179).

De hecho, tal como se viene afirmando, la elevada frecuencia de menciones de enfermos con antecedentes de viaje como un factor preponderante de incidencia de dengue y fiebre amarilla oculta la contracara de los brotes: que no son sólo éstos los elementos en juego que definen el inicio de la circulación viral (ni siquiera se trata de los más importantes), pues la migración no conlleva a la producción de criaderos de mosquitos *Aedes aegypti* que, cuando están infectados, expanden el contagio. De hecho, tal como Ortiz (2005) afirma, "la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado". Para la autora, asimismo, estas enfermedades reemergentes deben comprenderse en la clave de un contexto de emergencia sanitaria donde tienen influencia variables socioeconómicas como la desnutrición, la pobreza, el desempleo y las inequidades.

Este hallazgo particular se subsume en la afirmación general de Halpern (2010) cuando se refiere a que los discursos sobre la migración se encuentran atravesados por una esencialización y una serie de prejuicios en cuya difusión y estimulación intervienen también el Estado y sus instituciones, a pesar de los avances que puedan darse en materia de normativa migratoria. Frente a esto, se coincide con Penchaszadeh (2012) en señalar que la dimensión de la extranjerización suele ser intrínseca a las políticas públicas de carácter nacional, a la vez que funciona de manera negativa para incluir a aquellos que formarían parte del conjunto de la ciudadanía:

Es preciso seguir hablando de extranjeros, pues suponer que esta figura está en proceso de desaparición supone un gesto de represión de los procesos de extranjerización que necesariamente marcan el pulso de las democracias actuales. La cuestión de la diferencia espacio-temporal que supone la extranjería, 'condición' que implica la posibilidad de marcar un adentro y un afuera de la comunidad, es central en el marco de nuestras sociedades posfundacionales. (Penchaszadeh, 2012, p. 46).

El adentro y el afuera de la comunidad también es analizado por Caggiano (2008) al analizar el mecanismo de restricción de la ciudadanía como forma esencial de marcar un afuera aún estando adentro de un conjunto social: "Aquellos sobre quienes cae la restricción de la ciudadanía son el afuera del adentro y, al encarnarlo, recuerdan a los demás ese afuera" (Caggiano, 2008, p. 41). De esta manera, señala el autor, estos obstáculos y demarcaciones son productores de sujetos con determinadas características para el imaginario, aunque estas configuraciones no están dadas para siempre sino que cambian al ritmo de los procesos sociales; en especial, los ciudadanos que surgen de la restricción de la ciudadanía no son menos ciudadanos, sino que son distintos. Es decir, no tienen un grado de ciudadanía menor sino que, siendo técnicamente ciudadanos, tienen un peso distinto en la sociedad que sirve para confirmar su posición con respecto a otros, pero también para informarle a esos otros cuál es su lugar: "ciudadanía restringida refiere a un estado que en nuestras sociedades forma parte del proceso general de ciudadanía [...] La figura de los incluidos como excluidos reafirma la pertenencia de los incluidos" (Caggiano, 2008, p. 42).

Las referencias a la inclusión y a la exclusión, cruzadas por la línea del peligro, es una situación también analizada por Espósito (2009), pero desde otro ángulo: para el autor, la construcción de la inmigración como amenaza, como un factor para el contagio biológico y social, se encuentra en los más diversos discursos sociales:

Se conoce la dimensión a la vez social, política y jurídica del fenómeno de la inmigración. Pero no pocas veces se lo presenta desde los medios no sólo como amenaza para el orden público, también como un potencial riesgo biológico en relación con el país hospedante según un modelo de patologización del extranjero (Espósito, 2009, p. 13).

Ese riesgo biológico al que se refiere el autor también puede leerse a través de los informes oficiales sobre enfermedades infecciosas (partes, boletines periódicos y *dossiers*), en el que la procedencia del afectado y sus antecedentes de viaje cuentan a la hora de trazar una trayectoria de la enfermedad y del riesgo. En forma paralela, Espósito expone que eventos tan

heterogéneos como una nueva disposición para la inmigración, las políticas frente a una epidemia, y hasta los mecanismos para detener cualquier virus —incluso uno informático—, pueden ser entendidos en relación utilizando una categoría interpretativa que los reúne: *inmunización*. Este concepto es definido como la respuesta ante un peligro, más allá de sus características, puesto que ante cualquiera de esos eventos "lo que se presenta es, no obstante, la ruptura de un equilibrio anterior y, por ende, la exigencia de su restitución" (Espósito, 2009, p. 10). *Inmunización*, entonces, es esa categoría interpretativa que permite cruzar transversalmente los lenguajes con los que se explican esos acontecimientos y, así, puede referir éstos a un mismo horizonte de sentido. En relación con esto, la idea de *contagio* es la que dibuja la amenaza a la que debe hacer frente la inmunización: "lo que permanece invariado es el lugar en el cual se sitúa la amenaza, que es siempre el de la frontera entre lo interior y lo exterior, lo propio y lo extraño, lo individual y lo común" (Espósito, 2009, p. 10). *Contagio* es otra categoría cuya versatilidad en términos semánticos le permite atravesar los léxicos de la biología, la psicología, la sociología y, para el autor, hasta el derecho.

La amenaza implícita en la intención de inmunización puede leerse, desde una óptica foucaultiana, como una recreación de la noción de peligro que se volvió una categoría cultural desde la instauración del liberalismo, en el que la libertad y la seguridad se articulan en torno de la idea de peligro. Como el régimen liberal gobierna la vida de los individuos en torno a las ideas de libertad y seguridad a la vez que manipula sus intereses, debe tratar de que estén lo menos expuestos al peligro que se pueda. Sin embargo, en tanto son sujetos con presunta libertad de elección, deben asumir que viven "peligrosamente" y que esta situación es parte de su cotidianidad. La estimulación del temor al peligro, traducida en "seguridad", es el correlato que condiciona el ejercicio de la libertad, en el que las referencias a la pérdida de la salud no están ausentes, tal como el mismo Foucault (2010b) aclara:

En efecto, en el siglo XIX aparece toda una educación del peligro, una cultura del peligro que es muy diferente de esos grandes sueños, esas grandes amenazas apocalípticas como la peste, la muerte, la guerra, de las que se alimentaba la imaginación política y cosmológica de la Edad Media e incluso del siglo XVII. Desaparición de los jinetes del Apocalipsis y, al contrario, aparición, surgimiento, invasión de los peligros cotidianos [...] véanse todas las campañas relacionadas con la enfermedad y la higiene [...] Vemos en todas partes esa estimulación del temor al peligro que en cierto modo es la condición, el correlato psicológico y cultural interno del liberalismo. No hay liberalismo sin cultura del peligro (Foucault, 2010b, p. 87).

Siguiendo lo expuesto, la cultura del peligro había sido instalada en la opinión pública, con referencia a estos temas sanitarios, utilizando la denominación de "caso importado". Ésta casualmente se asociaba con este tipo de enfermedades infecciosas que también representan un problema para países limítrofes y cuya incidencia está cruzada por las condiciones socioeconómicas de vida. Para destacar esta construcción de sentido, vale destacar una situación opuesta: no hubo un discurso del "caso importado" en los relatos de la llamada "gripe A" (H1N1), cuyo origen supuesto se localizaba en granjas míticas de Estados Unidos y México y en un principio habría sido "traído" en el invierno de 2010 a través de estudiantes argentinos o extranjeros de intercambio —ninguno pobre, ninguno migrante limítrofe.

Es por esa razón que, en el apartado de desarrollo que prosigue a esta sección teórica, se realizará una lectura crítica de la idea de "caso AV", mediante la localización temporal de su aparición en los partes sobre dengue, el uso estratégico que se le ha dado y las implicancias que ello posee; sobre todo teniendo en cuenta que, si para el grueso de la población el "caso importado" fue cargado de connotaciones negativas, ello no fue menos grave en el empleo de "caso AV" para informar a los equipos de salud en todo el territorio argentino.

Informes periódicos ("partes") sobre el dengue en Argentina: la narración de la epidemia

Los Partes sobre Dengue en Argentina —que, promediando la serie, son llamados "Informes de Vigilancia"— son publicaciones periódicas, más o menos frecuentes de acuerdo con la intensidad del brote epidémico, que se publican en la web del Ministerio de Salud nacional². El inicio de la serie corresponde al lanzamiento del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla (PNPCDFA), en agosto del año 2009, y desde el primer parte publicado el 27 de noviembre del mencionado año, la información oficial se suministraba de manera semanal. Meses después se suspendieron y recomenzaron en el 2010 con una frecuencia menos elevada, cada dos semanas o en forma mensual. Intermitentemente, la publicación de estos informes llega al presente año (2013) y el último parte data del 21 de mayo. En total, se han difundido 102 partes sobre dengue, aunque en el 2013 se recomenzó la numeración; así, hasta diciembre del 2012 el último parte era el Nro. 82 y, en enero del 2012,

²² La nómina de partes correspondientes al periodo 2012-2013 puede encontrarse en: <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/info-equipos/partes>. En ese mismo sitio estuvieron disponibles los de años anteriores, hasta el 2009, pero en la actualidad no están publicados.

la serie se inauguró de nuevo con el Nro. 1 —aunque no siempre se ha mantenido esta frecuencia— del Ministerio de Salud, que actualizan el informe sobre el desarrollo de esta enfermedad en Argentina.

El inicio de la serie, como ha sido referido, corresponde al período de implementación del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla (agosto 2009), puesto que el primer parte se difundió el 27 de noviembre de 2009. Este recorrido cronológico y numérico es útil para comprender que los partes sobre dengue constituyen el documento sanitario más prolongado en el tiempo, actualizado y con información de "primera mano" para reconstruir el relato estatal sobre el proceso de los brotes y los períodos de circulación viral. Más allá de los planes, las propuestas de prevención y otros documentos de carácter público, el contenido de estos informes técnicos condensan el imaginario simbólico que, en la agenda sanitaria de esta dependencia del Estado, se encuentra detrás de las consideraciones sobre esta problemática de salud regional.

En este apartado troncal del artículo, se desglosa el seguimiento de los brotes de dengue a partir de la publicación de los partes sobre dengue. Como puede ver cualquier lector que acceda al link que está en la nota al pie Nro. 1, el informe es pormenorizado y registra un conteo de casos notificados y confirmados en cada provincia de Argentina. Con el fin de focalizar el análisis y no hacer ilegible este estudio crítico, la lectura ahondará en dos ejes: a) la utilización del concepto "caso con antecedente de viaje" para referirse a enfermos (nacionales o extranjeros) provenientes de otros países (predominantemente limítrofes) y, hacia el final de la serie, el uso de "caso autóctono"; b) la comparación entre el relato que se construye sobre las provincias fronterizas (en especial, Misiones) y las no fronterizas (en especial, Santa Fe), donde la notificación es elevada en ambos casos, así como el recomienzo del brote en el 2011 se da en ésta última, bien lejos de la frontera y donde los casos se referencian como "sin antecedente de viaje" – pero adolecen de cualquier mención sobre otro factor causal, como las condiciones socioeconómicas de esa zona con circulación viral.

A la manera de un buen relato de misterio o de aventuras, la mayor riqueza de la narración oficial sobre dengue sucede en los períodos de circulación viral, pues en las etapas donde la situación está controlada, las referencias se orientan a las medidas de descacharrado, revisión doméstica, etc., que se llevan a cabo en las zonas consideradas más propicias, así como el "bloqueo": el envío de personal especializado a las manzanas donde se informaron casos sospechosos de dengue. Esto se informa desde el parte 1 (27/11/2009) al 3 (11/12/2009), en el que la notificación de casos en países limítrofes es breve (sólo Paraguay) y se afirma que todos los casos sospechosos tendrán análisis de laboratorio porque son pocos y no hay circulación de la enfermedad. Cuando esto sucediera, la tarea de laboratorio se

complementará, en su mayor parte, con el consenso de que cierto cuadro de síntomas, en zonas afectadas, corresponde a un enfermo confirmado de dengue.

En el parte 4 (18/12/2009), comienzan las modificaciones del tratamiento de la información y surgen las primeras caracterizaciones pertinentes para este análisis: no hay más aclaración de que en Argentina no hay circulación viral de dengue, y se informa que se detectó un caso de dengue en Puerto Iguazú (Misiones), en la zona cercana a Presidente Franco (Paraguay), donde se habían informado tres casos de dengue la semana anterior. Éstos, sin embargo, no fueron incluidos en el parte anterior; presumiblemente, habrían sido comunicados días después. Como consecuencia de este hecho, se realizaron acciones de bloqueo y control vectorial en el barrio donde estuvo el enfermo. Por otra parte, al sur de Santa Fe se confirmó otro caso de dengue, en la localidad de Santo Tomé, y se realizaron acciones similares a las de Misiones, pero se aclara que la persona había viajado recientemente a Colombia. Por consiguiente, en este parte donde la circulación viral ya no puede ser descartada, aparece la referencia al viaje como explicación causal del contagio. Esta perspectiva se continúa en el parte 5 (30/12/2009), en el que se confirma la circulación de dengue del serotipo DEN1 y la existencia de 30 casos, de los que se aclara que están en Misiones y se localizan en zonas fronterizas cercanas a Presidente Franco (Paraguay). Asimismo, se afirma que la aparición de estos casos intensificó el alerta en la región misionera, donde se activaron más acciones de control vectorial y bloqueo. En este mismo parte aparece también la referencia a casos confirmados en una provincia no fronteriza, Santa Fe, donde se registra una elevada notificación pero aún una baja confirmación³.

A partir del parte 6 se informa que hay circulación viral y se especifican los datos relativos a los casos notificados y confirmados en países limítrofes, especialmente en Paraguay. En este caso, es curioso que las localidades de las que se informan datos sean varias: Concepción (102), Presidente Hayes (29), Alto Paraná (14), Paraguarí (6), Misiones (3), Asunción (2) y Central (1). Curiosamente no se dan datos de Presidente Franco, zona fronteriza que se comunica con Puerto Iguazú, donde se han encontrado enfermos cuyo contagio se atribuyó, en partes anteriores, a esta cercanía con la frontera.

En el parte 7 (15/1/2010), se confirma la circulación viral del serotipo DEN1 en Puerto Iguazú, donde los casos de dengue suman 50; por ello, la situación se califica como un brote.

³ Es importante destacar la diferencia entre "notificación" y "confirmación": los casos notificados presentan síntomas compatibles con dengue, por lo que se transforman en "sospechosos". Sólo después de un análisis de laboratorio o, en época de circulación viral, de un consenso sanitario —por encontrarse en una zona con enfermos detectados— se transforman en "confirmados". Por eso la notificación siempre es más elevada que la confirmación.

En simultáneo, surge la explicación causal sobre la elevada incidencia, que no obstante se da de manera localizada: no se considera que haya circulación viral en otro lugar del país, puesto que los enfermos detectados en CABA (1), provincia de Buenos Aires (1), Corrientes (3), Jujuy (1) y Santa Fe (1) tenían antecedentes de viaje a zonas afectadas, aunque no se indica adónde ni por cuánto tiempo. Esta situación prosigue hasta el parte 10 (5/2/2010), hasta cuando el brote se circunscribe a Puerto Iguazú (Misiones), y la confirmación combina tanto los análisis de laboratorio como el consenso sintomatológico de dengue a partir de la asociación de casos en una misma zona. Pero también se constata la elevada cantidad de notificaciones en provincias no fronterizas, como Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante, CABA), donde se registraron dos enfermos de dengue sin antecedentes de viajes a zonas afectadas.

Al momento de la publicación del parte 12 (19/2/2010), se considera que la circulación viral alcanza a todo el país y no sólo a Misiones, puesto que hay 5 provincias donde se confirmaron casos de dengue: Misiones, Chaco, Santa Fe, CABA y provincia de Buenos Aires. La constatación de casos AV continúa, sobre todo en la indagación de enfermos residentes en provincias no fronterizas: en La Plata (provincia de Buenos Aires) se confirmó un caso de dengue con antecedentes de viaje a Puerto Iguazú, y en CABA se notificaron 10 pacientes con síntomas de dengue, 8 de los cuales habían viajado a zonas afectadas.

Desde el parte 13 (26/2/2010) al 17 (26/3/2010), se constata la persistencia de la circulación viral del serotipo DEN1⁴ y se pueden registrar casos en número creciente pero controlado. En muchos de éstos puede aseverarse la existencia de AV, incluso en el caso de un enfermo en Santa Fe con el tipo DEN2 que había viajado a Brasil. Sin embargo, y esto es lo que interesa a los efectos de este análisis, en Santa Fe comienzan a aparecer los casos sin AV, desde el parte 16 (19/3/2010), donde el tercer caso detectado es DEN4 y no había viajado a ninguna zona afectada. Así, de las 20 provincias que notificaron casos para estudio, Santa Fe tiene menor cantidad de casos confirmados (9) pero con tres serotipos: DEN1, DEN2 y DEN4. En cambio, Misiones tiene la mayor cantidad de enfermos (535) pero con DEN1.

En el parte 17, se puede observar con mayor énfasis la referencia a casos AV cuando los enfermos se encuentran en provincias fronterizas, así como las ausencias de explicaciones complementarias cuando los casos no tienen AV: en Jujuy, hay 4 casos y ninguno de éstos con antecedentes de viaje. En Salta, de los 10 enfermos compatibles se confirmaron 3 con DEN2, y se informa que todos ellos habían viajado a Bolivia. En tanto, lejos de la frontera norte del país,

⁴ El dengue puede ser transmitido a través de cuatro serotipos conocidos: DEN1, DEN2, DEN3, y DEN4. Un enfermo adquiere inmunización con respecto al serotipo que se ha contagiado, pero puede volver a contraer la infección de los otros serotipos, por eso las labores de prevención no deben terminar si la enfermedad ya se ha presentado una vez.

en Santa Fe, en tres de los enfermos compatibles se detectó dengue, y todos residen en Rosario. Se detectó DEN1, DEN2 y DEN4; en los primeros dos casos había antecedentes de viaje a Brasil y, en el DEN4, no.

Desde el parte 19 (16/4/2010), los casos sin AV en provincias no fronterizas siguen creciendo: de este modo, en un contexto de circulación viral de DEN1 y de DEN2 en el país (más un caso de DEN4 detectado en Rosario), en la Provincia de Buenos Aires hay 23 enfermos compatibles de los que sólo 2 confirmaron AV a Brasil y a Perú. En el parte 22 (14/5/2010), en Santa Fe hay 18 enfermos compatibles con dengue, 7 viven en Rosario y presentan serotipos DEN1, DEN2 y DEN4. Sólo un caso DEN1 tiene AV a Brasil, mientras que hay otros 10 casos en estudio en otras localidades urbanas y rurales de la provincia (Alto Verde, Reconquista, Santa Fe, Vera, Rosario).

El último parte de esta primera etapa de informes es el 23, publicado el 4/6/2010 pero con datos actualizados hasta el 30/5. En esta información oficial, puede observarse que el número de enfermos es elevado (1185 desde el 1º de enero) y que hay circulación viral de DEN1, DEN2 y DEN4 en el país. En Santa Fe se registran 20 enfermos compatibles con dengue, y en 8 se confirmó la infección, 7 de éstos viven en Rosario y 1 en Santa Fe, presentan serotipos DEN1, DEN2 y DEN4 y sólo un caso DEN1 (el de Santa Fe) tiene AV a Brasil. Hay otros 12 casos en estudio en otras localidades (Alto Verde, Reconquista, Santa Fe, Vera, Rosario).

Luego de ese parte, la publicación de la serie sobre dengue se suspende por más de 6 meses, en un contexto altamente problemático donde la enfermedad se encontraba en expansión. Por eso, se dificulta el seguimiento de este desarrollo. El siguiente parte, el 24, se publicó el 15/12/2010 y en éste ya se informa que no hay más circulación viral: no hay ningún dato acerca de la evolución de los brotes y de la mortalidad por esta enfermedad desde fin de mayo. Es curioso que, a la vez que se suspenden los informes pormenorizados sobre la cantidad de casos y su localización en Argentina, en agosto de este año (2010) se difunda el Dossier Dengue. En este informe oficial, presentado por el ministro de Salud Juan Luis Manzur, se detallan los éxitos de la campaña contra el dengue, pese a que tres meses antes, según puede leerse en el parte 23, los casos estaban aumentando en forma paulatina.

Desde el parte 24, aparece la autoría de la Dirección Nacional de Vectores, y el título "Parte de situación de dengue" es modificado por "Informe de vigilancia de dengue. Área de vigilancia – Dirección de Epidemiología. Dirección de Enfermedades Transmitidas por Vectores". En el inicio de esta nueva serie de publicaciones, que casi puede atribuirse a una nueva etapa de la situación de dengue en el país, se informa que no existe circulación viral de la enfermedad en el país y, pese al aumento de casos en provincias no fronterizas y de la aparición de

enfermos que no tenían AV en zonas afectadas —algo registrado en el parte 23—, el informe justifica el faltante de información producida afirmando:

Desde el 1º de julio del 2010 a la fecha, la vigilancia de dengue se mantuvo activa, habiendo notificaciones de casos en distintas provincias. En este período, se detectaron en 5 provincias de nuestro país 8 casos importados confirmados, con antecedentes de viaje reciente a países afectados: 1 caso en CABA, 3 en Buenos Aires, 2 en Río Negro, 1 en San Juan y 1 en Santa Fe. Esos pacientes regresaron al país con la enfermedad, tras lo cual fueron identificados, tratados y se procedió a realizar el correspondiente bloqueo de foco. En total fueron registradas 459 notificaciones en 19 provincias (parte 24).

En consecuencia, lo que se mantiene como idea es la presencia de los casos importados, provenientes de países limítrofes y no, como también se sugería en los partes anteriores, de otras provincias donde había brotes. Asimismo, no se informa acerca del resto de casos que no tienen AV, ni del desarrollo y la extinción de los brotes en Misiones, Salta y Chaco, pese a que este mismo parte 24 explica: "Desde la SE 26 de 2010 y hasta la fecha se observa una notificación sostenida y homogénea de casos estudiados por laboratorio sospechosos de dengue".

Desde el parte 25 al 33, se informa que no existe circulación viral de la enfermedad en el país y se actualizan los datos numéricos del parte anterior en un texto similar:

Desde el 1º de julio del 2010 a la fecha, la vigilancia de dengue se mantuvo activa, habiendo notificaciones de casos en distintas provincias. En este período, se detectaron 8 casos confirmados con antecedentes de viaje reciente a países afectados en 5 provincias de nuestro país: 1 caso en CABA, 3 en Buenos Aires, 2 en Río Negro, 1 en San Juan y 1 en Santa Fe. En total fueron registradas 511 notificaciones en 20 provincias.

Al igual que la semana anterior, la referencia es exclusivamente sobre los enfermos con AV a países limítrofes; no a los que viajaron a otras provincias con brote o a los que no tienen AV.

En el parte 33 (25/2/2011), se informa que no existe circulación viral de la enfermedad en el país. El aumento en las notificaciones es entendido como una prueba de que los servicios de salud se encuentran alertas y en funcionamiento. Se informa que durante el 2011 se notificaron 6 casos confirmados y 14 probables. Hay un nuevo caso DEN2 en Salvador Mazza

(Salta) y, "a partir de esto, son 3 los casos confirmados en dicha localidad que presentan antecedente de viaje a la vecina localidad boliviana de Yacuiba".

No obstante la vehemencia con la que se sostiene técnicamente la asociación entre casos confirmados y AV, en el parte 35 (11/3/2011) reaparece Santa Fe como la contracara de la amenaza fronteriza: en este informe se destaca la detección de un brote DEN1 en la localidad santafesina de Romang, donde hay 45 casos confirmados por laboratorio y de los que, por no destacarse la presencia de AV, puede asumirse que no están relacionados con un viaje a zonas afectadas ni a países limítrofes. En el parte 37, al aumento de la incidencia de la enfermedad en Romang (73 casos), se opone la constatación de 2 casos en Sáenz Peña (Chaco), "los cuales tienen antecedentes de viaje a Paraguay previo al inicio de síntomas". Asimismo, en esa misma provincia se informó la muerte de una niña de 13 años por dengue grave: "la paciente presentaba antecedentes de viaje a Bolivia en los días previos al inicio de los síntomas".

En el parte 39 (8/4/2011), la expansión de la enfermedad en Santa Fe sigue siendo inocultable y no es posible relacionarla con AV de los afectados: hay circulación viral en Romang (DEN1, 73 casos) y en Malabrigo (DEN1, 20 casos), ambas localidades santafesinas. Desde enero del 2011, la mayor cantidad de notificaciones (y, presuntamente, confirmaciones) se dio en dicha provincia (104), en contraposición a otras zonas fronterizas de Argentina como Chaco, donde consta 1 caso notificado⁵.

En el parte 42, a la circulación viral en Romang (DEN1, 115 casos con reportes aislados) y en Malabrigo (DEN1, 25 casos sin reportes en las últimas semanas), se suma la localidad santafesina de Avellaneda (22 casos). En ese momento, en contradicción con el discurso que atribuye una causalidad a la cercanía fronteriza, el único brote de dengue se da en una provincia no fronteriza, como Santa Fe, donde también se ha dado un elevadísimo número de notificaciones: 169 contra los 3 casos de Formosa, los 19 de Salta o el único en Chaco, tres provincias que componen la frontera norte y noreste del país.

En el parte 44 (13/5/2011), el relato sobre el dengue regresa sobre la inexistencia de circulación viral: se informa que no se registran zonas de brote en Argentina, puesto que en las localidades santafesinas donde había brotes de DEN1 no se han notificado nuevos casos desde finales de abril/principios de mayo. En lo que respecta a las otras provincias afectadas, sin tener

⁵ Tal como el lector podrá observar, hay una contradicción entre el caso confirmado de Chaco y los dos casos referidos en el parte anterior. Esta falta de coincidencia numérica suele repetirse en la serie, lo que podría atribuirse a varios factores, entre los que se pueden inferir: notificación pero no confirmación (lo que hace descender la cifra), renovación súbita del conteo a cero, o bien un error humano en el procesamiento de datos, pues no es posible saber cuántas personas están a cargo de la redacción de estos informes periódicos.

en cuenta la cantidad de casos en ciertas localidades, se afirma que "se trató de casos aislados o con antecedentes de viaje a zonas con circulación viral comprobada en países de América".

Luego de este último informe, el 45 se publica casi 6 meses después, el 2/11/2011. En este nuevo salto temporal, el corte es distinto que en la fase anterior, puesto que en aquel caso el contexto era de circulación viral en el país y, en esta situación, el último informe de vigilancia confirma que no hay circulación de dengue en Argentina. Asimismo, el formato del informe ha cambiado de nuevo; hay más texto y una introducción sobre el dengue en el país que no parece estar destinado a los equipos de salud que semana tras semana leían los partes. El informe adopta el modo de otros materiales educativos-informativos sobre este tema que han sido publicados por el Ministerio de Salud argentino, relativos a una introducción sobre la enfermedad, su modo de contagio y su área preferente de incidencia. De acuerdo con este documento, el comportamiento del dengue en Argentina es epidémico y su ocurrencia está restringida al desarrollo de los brotes en los países limítrofes.

Como síntesis de la etapa sin informes, el nuevo parte afirma que se notificaron 286 casos sospechosos de dengue, de los que se descartaron 209, 76 continúan en estudio y 1 fue confirmado, pero se aclara que el paciente poseía "antecedentes de viaje a Paraguay". En la distribución geográfica de casos sospechosos, se afirma que el NEA tuvo mayor frecuencia, lo que apoya las vinculaciones con AV a Paraguay y Bolivia. Sin embargo, aunque la zona Centro es la que está en segundo lugar, el informe no repara en la elevada concentración de casos que se da en Santa Fe, una provincia no fronteriza y cuyos enfermos no siempre presentaban AV, tal como se puede leer en la primera etapa de partes y, con mayor sigilo, también en la segunda. En tanto, el NOA también tiene su caso con AV:

El NOA notificó un total de 60 casos, registrando durante el mes de julio, el único caso confirmado de dengue en la provincia de Tucumán, con antecedentes de viaje a Paraguay. La provincia de Salta registro el 62% de los casos de la región.

El parte 46 (2/11/2011) da cuenta de la confirmación de 3 casos de dengue: uno en Tucumán y 2 en CABA (semanas 43 y 44, desde mediados a principios de noviembre). En los tres casos se aclara que las personas tenían AV a zonas con circulación viral de dengue (Paraguay, Honduras e India respectivamente). Luego, por el 2011 no hay más informes publicados y el siguiente es el 53 (6/1/2012). Nótese que esta interrupción es diferente de las otras dos rupturas de serie: mientras que en las ocasiones anteriores la serie se interrumpía, esta vez pareciera que se siguieron produciendo (del 47 al 52 inclusive) pero no se hicieron públicos en la web del Ministerio.

Desde el parte 53 al 56 (27/1/2012), la información afirma que no hay circulación viral de dengue en el país, por lo que los casos sospechosos son analizados mediante pruebas de laboratorio, y se consignan sólo las notificaciones y los casos confirmados desde el 1° de enero de 2012. La situación se relata de manera uniforme hasta el parte 59 (17/2/2012), donde a pesar de no haber circulación viral de dengue en el país, hay 6 enfermos: 3 casos son DEN2 y están ubicados en Salvador Mazza (Salta), mientras que de los otros 3 (2 en CABA y 1 en provincia de Buenos Aires) se informa que tienen AV a Brasil y Bolivia.

En el parte 62 (9/3/2012), no se aclara si hay o no situación de circulación viral de dengue en el país y se informa que desde el 1° de enero a la fecha, hubieron 710 casos notificados de los cuales en 20 se confirmó la enfermedad. Sin embargo, en esta publicación aparece un dato relevante para la narración de la enfermedad, que es la coexistencia entre la referencia a la frontera y el reconocimiento del rasgo autóctono del contagio. De este modo, al mencionar los 17 casos DEN2 ubicados en Salvador Mazza (Salta), se afirma:

Se identificaron 17 enfermos de dengue en la localidad de Salvador Mazza –fronteriza con Yacuiba, Bolivia–, de los cuales 4 residen en uno de los barrios de la localidad y no presentan antecedentes de viaje, dando cuenta de circulación viral autóctona en el área mencionada, siendo el DEN 2 el serotipo identificado.

El surgimiento de la condición autóctona, no obstante, sigue siendo atenuada en función de la intensidad con la que se enumeran los enfermos con AV, tal como se puede leer en otra sección del informe:

Como se comunicara en partes anteriores, otras tres personas han cursado la enfermedad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1) y provincia de Buenos Aires (2), todas con antecedentes de viaje a zonas de países limítrofes con circulación viral confirmada. Entre ellos se identificaron los serotipos DEN-1 y DEN-3.

Algo similar sucede en el parte 63 (16/3/2012), en el que se vuelve a dar el reconocimiento atenuado de lo autóctono del contagio: por un lado, se consignan 11 enfermos en Salvador Mazza (Salta) y se destaca la condición fronteriza de esta localidad con Yacuiba (Bolivia), a la vez que se informa que en esa zona hay circulación viral autóctona de DEN2. Por otro lado, existe otro recuento de casos: 2 en Formosa, en Clorinda y en la ciudad capital, ambos con AV a Paraguay; 2 en CABA y otros 2 en provincia de Buenos Aires, todas con AV a países limítrofes con circulación viral confirmada (Brasil y Bolivia).

Desde el parte 63 hasta el 69 (27/4/2012), puede observarse que el total de notificaciones por provincia acerca llamativamente a provincias fronterizas y no fronterizas, contribuyendo así al debate sobre la predominancia efectiva —casi única, si sólo hubiera que atenerse a estos informes de vigilancia— del AV en la incidencia del dengue. Así, en el parte 66 (6/4/2012), se informa que hay tres zonas con circulación de dengue en Salta: Salvador Mazza (50 enfermos), Aguaray (11 enfermos) y Pichanal (12 enfermos). Pero, a la vez, en las matrices de datos donde se consigna el número de casos por provincia, puede verse que una provincia no fronteriza como Santa Fe (94) tiene cifras de notificación parecidas a las de Chaco (95) y mayores que las de Formosa (67), ambas provincias fronterizas⁶. En tanto, en el parte 67 (13/4/2012), a las zonas de brote DEN2 en Salta se añade un caso en CABA sin AV, y en las tablas numéricas Santa Fe supera en notificaciones a Chaco (101) y a Formosa (72), ambas provincias fronterizas.

En el parte 69 (27/4/2012), a la definición de "caso con AV" y "circulación autóctona" se agrega una definición propia del discurso mediático: "caso importado", en el caso de una caracterización de una zona afectada que no es fronteriza, pero que a la vez constituye un escenario privilegiado de las crónicas noticiosas: CABA. En esta ciudad metropolitana, existen 6 enfermos sin AV (DEN3), 2 nuevos esa semana y se suman 2 "casos importados", sin mayores precisiones, por lo que el total asciende a 10 enfermos. Es interesante que el parte no ahonde sobre el carácter importado de esos casos: si es un sinónimo para referirse a AV, si se trata de personas que ingresaron enfermas al territorio, o alguna situación que no se había configurado en los informes previos. Sobre todo porque el parte 70 (4/5/2012) afirma que, desde enero del 2012, se confirmaron 21 enfermos en CABA, sólo 2 con AV y de éstos 1 es nuevo, correspondiente a la semana en curso⁷.

⁶ Con referencia a la notificación, es importante advertir que la tasa de notificación no depende sólo de que los casos compatibles con dengue efectivamente existan, sino que es crucial que se acerquen a un centro de salud, sean atendidos por un médico y que el caso relevado ingrese en los sistemas de registro y vigilancia epidemiológica. Es por eso que varias provincias argentinas que ofrecen una cantidad de casos notificados puede que tengan una mayor cantidad que no han llegado al sistema de salud o que, siendo atendidos, no se incluyan en el conteo sanitario nacional. A pesar de que ese dato no puede rastrearse en estos partes, ese vacío de datos se compensa cuando se registran zonas de circulación viral, pues en esos casos las áreas afectadas concitan toda la atención de los sistemas de vigilancia, por lo que el alerta sanitario y la actividad de registro se hacen más eficientes mientras dure el brote.

⁷ De acuerdo con el conteo, habría 2 "casos importados" y uno con AV surgido en el parte 70; es decir, 3. Pero en el último parte se afirma que del total de casos hay sólo 2 que tienen AV (y no 3), por lo que regresamos a la contradicción de registro tratada en la nota al pie 4: o hay un error en la redacción de los informes, o hay un caso importado que no es sinónimo de caso con AV.

Como en ninguna de sus series anteriores, esta serie tampoco se caracteriza por la explicación de los casos sin AV, pues del mismo modo que los sistemas pudieron registrar un viaje a un país limítrofe, podrían haber consignado si el enfermo vivía en una casa sin agua potable o en una zona de drenaje deficiente o basurales en las esquinas de su barrio. Esta falencia del diagnóstico se encuentra apoyada por el hecho de que en ciudades grandes como Rosario o CABA, existen enormes diferencias de infraestructura urbana: en ese sentido, como los informes no consignan si, para el caso de grandes metrópolis, los casos se dan en zonas pobres o de mejor posición económica, es muy difícil asociar el contagio con la residencia en zonas socioeconómicas pobres y con riesgo sanitario⁸.

El último parte de esta etapa es el 73 (25/5/2012), donde por un lado se registra una tendencia en el diagnóstico sobre la enfermedad, que es la de no establecer la circulación viral en el país, sino identificarlo de manera localizada en ciertas ciudades o provincias, e incluso en varias localidades de una misma provincia. Así, en este informe se registran 5 zonas de circulación viral, 4 en Salta (Orán, Salvador Mazza, Aguaray y Pichanal) y 1 en CABA.

El siguiente parte, el 75, se publica varios meses después del 74, el 7/11/2012, y recomienza el conteo desde septiembre del corriente año. En el mismo, se informa que desde el 1º de septiembre a la fecha, hubieron 209 casos notificados y en 6 se confirmó la enfermedad, así como se referencian AV a países no limítrofes:

El último caso de dengue fue detectado en la SE 43, en provincia de Buenos Aires y presenta antecedente de viaje a Haití. En esa misma semana se registró un caso en la provincia de Corrientes, con antecedente de viaje a República Dominicana. En la semana 39 también fue detectado un caso en un residente de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con antecedente de viaje a Colombia, identificándose el serotipo DEN 1.

Sin dar especificaciones de datos, el informe también da cuenta de la existencia de un enfermo sin AV:

En la semana 36 fue identificado el único caso de dengue sin antecedente de viaje reciente a países con circulación viral, lo que significa que podría haber contraído la infección en el

⁸ Es muy diferente la situación si el enfermo habita en el Gran Rosario —zona periférica donde habitan los grupos sociales más desfavorecidos— o en el centro de esta ciudad santafesina, así como si en CABA vive en Barrio Norte, área de clase media-alta y alta, o en Villa Soldati, lugar de residencia de sectores vulnerables y/o pobres.

país. El paciente reside en el conurbano bonaerense. Luego de la investigación del caso, no se reportaron casos relacionados. No pudo identificarse el serotipo.

Hasta el parte 79 (7/12/2012), la narración de los casos da cuenta de una elevada cantidad de notificaciones en una provincia no fronteriza como Santa Fe, que en las diferentes semanas supera a los registros de una provincia de frontera como Misiones. En este informe de diciembre surge la idea de "caso autóctono":

En la SE 46 fue asistido y notificado un caso de dengue, en la provincia de Catamarca, con residencia en San Fernando del Valle de Catamarca, sin antecedentes de viaje a zona con circulación viral confirmada y con identificación de serotipo DEN1. No se hallaron otros casos febriles a partir de la investigación epidemiológica. Los datos de dicha investigación y la evaluación de los antecedentes de viaje del paciente permiten clasificarlo al momento como un caso autóctono.

En el parte 80, las referencias a casos sin AV continúan, y en este informe se da la única mención —en toda la serie y sus varias interrupciones— a la posibilidad de que el contagio se produzca por factores no asociados con el viaje:

En la SE 36 se identificó un caso confirmado sin identificación de serotipo en Avellaneda, provincia de Buenos Aires, que no registra antecedente de viaje a zonas con circulación viral confirmada. No se reportaron casos relacionados. Existen antecedentes de casos aislados de dengue en determinadas condiciones ecoepidemiológicas.

No obstante, esta referencia se mantiene en el plano de los "casos aislados" y de un contexto donde no ingresa claramente lo socioeconómico.

El relato del dengue en el año 2012 culmina con el parte 82, del 26/12/2012, donde se consigna una cantidad creciente de notificaciones y un número reducido de enfermos confirmados. No obstante, el curso de los partes publicados durante el 2013 demuestran el inicio de un nuevo brote localizado tanto en provincias de frontera como no fronterizas, y donde los casos autóctonos conviven y superan en número con los casos con AV. En principio, debe señalarse que, sin interrupciones temporales, la serie se renumera desde 1; por eso, a los efectos de un mejor ordenamiento en este artículo, a la numeración oficial se agregará entre

paréntesis el número de parte que correspondería según la continuación del último informe de diciembre de 2012.

A partir de este primer informe del 2013 puede observarse que nunca la cantidad de casos con AV es tan elevada como para justificar la mención exclusiva del viaje, cuando lo hay, como factor causal de dengue, sobre todo porque los casos sin AV van en aumento y para éstos no hay una explicitación de supuestos sobre el contagio. Y que las zonas de circulación donde los casos con AV son mayoría (como CABA) coexisten con una mayor cantidad de áreas afectadas donde este factor no es preponderante, incluso si están cerca de la frontera. Siguiendo lo expuesto, puede leerse en las sucesivas publicaciones que los casos surgen primero como asociados principalmente con viajes a Paraguay, tanto en CABA (no fronteriza) como para Formosa (provincia de frontera). Tal como afirma el parte 5 (87, 31/1/2013):

En la provincia de Buenos Aires fueron confirmados 2 casos, uno de ellos en la SE 2 con identificación de serotipo DEN2 y antecedente de viaje a Paraguay, y el otro en la SE 1 con serotipo DEN1 y antecedente de viaje a México. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron confirmados 6 casos, uno en la SE 4 con identificación de serotipo DEN4 y antecedente de viaje a Brasil y los cinco restantes en la SE3 por serotipo DEN2 y antecedente de viaje a Paraguay. Por último, en la provincia de Santa Fe fue confirmado un caso en la SE4 con identificación de serotipo DEN2 y antecedente de viaje a Paraguay.

La asociación entre casos confirmados y AV se puede mantener mientras el número es reducido, y esto sucede hasta el parte 8 (90, 22/2/2013), en el que se consignan 20 nuevos enfermos en una semana y se asume la condición autóctona del brote:

Durante la última semana fue confirmada la circulación viral autóctona de dengue en Córdoba capital y en la localidad salteña de Salvador Mazza. Puntualmente en la provincia de Córdoba se confirmaron un total de 12 casos que no registraron antecedente de viaje a zona con circulación viral confirmada. En la provincia de Salta fueron notificados 12 casos de dengue sin antecedente de viaje en la localidad de Salvador Mazza entre las SE 6 a 8.1 Estos casos se suman al caso identificado en la SE4 por serotipo DEN4 y antecedente de viaje a Bolivia.

Esta información sobre la circulación autóctona se combina con la referencia repetida al conteo de casos de partes anteriores, donde todos los enfermos consignados poseían AV: "También fueron notificados 2 casos con antecedente de viaje, un caso por serotipo DEN4 y

antecedente de viaje a Bolivia y otro caso por serotipo DEN3 y antecedente de viaje a Venezuela, ambos en la SE7".

En el parte 9 (91, 5/3/2013), en simultáneo con el aumento de casos estudiados y confirmados, si bien no se establece que haya circulación viral de dengue, hay áreas delimitadas con brotes que están divididos en categorías: autóctonos (Salta y Córdoba capital), y casos importados / con antecedentes de viaje, que se localizan en áreas con brote autóctono pero que se diferencian de la circulación general por presentar antecedentes de viaje. De esta manera, los casos con AV se escinden automáticamente de las condiciones de contagio que incidieron en la enfermedad de las personas que viven en su misma zona y que no viajaron, y pareciera que su antecedente de viaje a países limítrofes es la única causa de haber contraído dengue. Se considera que aquí reside uno de los puntos más cruciales de la inconsistencia de mantener al AV como único factor explícitamente comentado del contagio de dengue: ¿cómo hacer prevalecer la causa de viaje, en un área de circulación autóctona, donde son muchas más las personas que no han viajado e igualmente tienen dengue en el mismo espacio geográfico?

De manera simultánea, la idea de caso con AV sigue reforzándose cuando esto es posible:

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fueron confirmados 13 casos, todos con antecedentes de viaje reciente a Paraguay, Perú, Brasil y Costa Rica, países en los que se registra circulación viral de la enfermedad (...) En la provincia de Jujuy se notificaron 4 casos confirmados de dengue, tres correspondientes al serotipo DEN4 con antecedentes de viajes a Bolivia y uno con serotipo DEN2 y antecedente de viaje a Paraguay. En la provincia de Formosa fueron confirmados 6 casos por serotipo DEN2 con antecedente de viaje a Paraguay. En la provincia de Santa Fe se confirmaron dos casos entre las SE2 y SE4 con identificación de serotipo DEN2 y antecedente de viaje a Paraguay.

En el parte 10 (92, 12/3/2013), la cantidad de casos en zonas de circulación autóctona y en zonas con casos con AV es similar; no obstante, a la referencia de "caso importado" no se le opone otra acepción para los enfermos que no han viajado y sin embargo viven en una zona de brote. Incluso dentro del conjunto de casos autóctonos se pueden señalar algunos que tienen AV:

En la provincia de Córdoba se confirmaron un total de 20 casos, dos de los cuales registran antecedentes de viaje con identificación de serotipos DEN3 y DEN4, siendo los 18 restantes autóctonos (...) En el período analizado, en la provincia de Buenos Aires fueron detectados

20 casos, 19 de los cuales correspondieron al serotipo DEN2 provenientes de Paraguay y uno DEN1 con antecedentes de viaje a México.

Desde el parte 11 (93, 19/3/2013), puede observarse que salvo en CABA, donde la mayoría de los casos tienen AV, en el resto de las provincias las zonas de circulación registran una mayoría de casos autóctonos. Pese a ello, no se enuncia un factor causal que diferencie a este brote de los presuntamente asociados por los antecedentes de viaje:

En la provincia de Córdoba se confirmaron un total de 33 casos, dos de los cuales registran antecedentes de viaje a Bolivia y Venezuela con identificación de serotipos DEN3 y DEN4 respectivamente, los 31 restantes son autóctonos (...) En la provincia de Salta se confirmaron un total de 62 casos, 51 correspondientes a las localidades que presentan circulación viral: 13 en la localidad de General Ballivián, 21 en Salvador Mazza y 17 en Tartagal. Los 11 casos restantes presentan antecedentes de viaje a países limítrofes con circulación viral.

En el parte 12 (94, 26/3/2013), con 183 casos confirmados (sobre 2871 notificados), se repite la misma ausencia de comparación entre zonas autóctonas y zonas con "casos importados", puesto que la explicitación de los AV cuando los hay, y la ausencia de motivos sugeridos para los casos sin AV, permiten una construcción de sentido que asocia a la migración con la incidencia de dengue, a pesar de que la circulación autóctona sigue en aumento.

En el parte 13 (95, 2/4/2013), resulta evidente que los casos en cada zona van aumentando y la caracterización diferenciada también, del mismo modo que se ha referido en el parte anterior. En las áreas más afectadas, cuando los casos poseen AV, se destaca el destino del viaje y suele también aclararse si ese país tiene circulación viral confirmada. Cuando el brote es autóctono, sólo se indica que no hay AV pero no se reemplaza ese dato por otra referencia a factor causal:

En la provincia de Buenos Aires se confirmaron un total de 36 casos, 11 correspondientes a José Mármol, única localidad con circulación viral autóctona. El serotipo circulante es DEN2. Los 25 casos restantes presentan antecedente de viaje, 23 serotipo DEN2 con antecedentes de viaje a Paraguay y Costa Rica y 1 DEN1 antecedente de viaje a México (...) En la provincia de Córdoba se confirmaron un total de 46 casos, 42 de los cuales son autóctonos, entre los que se pudo identificar el serotipo DEN1 en 31 casos, DEN4 en 9 casos y sin

especificar serotipo en los otros 2. Los 4 restantes registran antecedentes de viaje a Bolivia, Venezuela y Brasil con identificación de serotipos DEN3, DEN4 y DEN1 respectivamente.

Este tipo de narración se mantiene hasta el parte 17 inclusive (99, 30/4/2013), donde la multiplicidad de zonas con brotes no determina el reconocimiento de la circulación viral en regiones del país, sino en puntos focalizados.

El aumento de casos autóctonos en zonas fronterizas es lo más marcado de esta fase de documentos, pero a la vez es parte de un proceso que lleva varias semanas y que da cuenta de la existencia de otras razones que, con AV o sin éstos, inciden en la aparición de dengue en una región propicia:

Durante el corriente año, se confirmó circulación viral autóctona de dengue en las localidades salteñas de Salvador Mazza, General Ballivian, Pichanal, San Ramón de la Nueva Orán, Embarcación y Tartagal, con identificación del serotipo DEN4 (...) En la provincia del Chaco se confirmaron hasta el momento un total de 35 casos autóctonos (...) En la provincia de Formosa se confirmaron un total de 79 casos, 51 autóctonos.

El último parte publicado al momento de presentación del artículo es el 20 (102, 21/5/2013), donde el estado de situación da cuenta del estudio de 5270 pacientes y la confirmación de 721 casos. La situación narrada, con aumento de casos, es similar a los informes anteriores, pero a la combinatoria de provincias fronterizas y no fronterizas, con mayoría de casos autóctonos, se añade la capital de Misiones (Posadas) como otra zona de circulación viral autóctona. Localizada en la Triple Frontera, limitante con Encarnación (Paraguay), esta ciudad argentina presenta sin embargo un brote donde los casos no presentan AV.

Este último parte de información condensa entonces uno de las ideas centrales de este trabajo: que la sola mención de los AV no es suficiente para dar cuenta de los motivos de la incidencia de dengue, y que esta insuficiencia se muestra a las claras en la situación más obvia para el sentido común: cuando los brotes son denominados "autóctonos" y los enfermos que los componen no han viajado, pero presuntamente comparten condiciones similares de residencia que no son consignadas ni referidas por estos informes oficiales. Al no especificar la zona de la ciudad donde se da el brote, ni indicar posibles causas que reemplacen la importancia de los AV, estos documentos técnicos construyen un vacío de diagnóstico sobre las condiciones socioeconómicas que incidirían en el contagio y que no tienen que ver con el hecho de cruzar la frontera, sino con la falta de saneamiento y de infraestructura adecuada.

Conclusiones exploratorias: frontera y viaje como construcción de la causalidad epidémica

En el recorrido por lo más relevante de los partes epidemiológicos sobre dengue publicados por el Ministerio de Salud, a pesar del extenso desarrollo y la posible dificultad para cruzar cifras, provincias argentinas y categorías de contagio, se ha intentado dar cuenta de los tópicos centrales de la narración sobre los brotes de dengue en el país, así como fue un objetivo el de reconstruir el imaginario configurado alrededor de los motivos de contagio y los factores preponderantes que definían la circulación viral.

A través de la lectura crítica de estos documentos oficiales, se compararon la cantidad de casos que poseían las provincias fronterizas y no fronterizas, así como las cifras correspondientes a los casos llamados "autóctonos" con respecto a los "importados" o, en una definición más generalizada, "con antecedentes de viaje". En el mismo sentido, se ha realizado un seguimiento de la cronología de los brotes para rastrear la irrupción de ciertas categorías de casos, con el fin de contextualizarlas en el marco del momento específico de circulación de dengue y también en relación con la provincia a la que se hacía referencia. A partir de estas búsquedas es que se enuncian las siguientes conclusiones, que no tienen un carácter consolidado sino más bien tentativo, reflexivo y siempre sujeto al devenir de la serie de estas publicaciones que, como son informes de situación, no finalizan con el último parte publicado y analizado.

En principio, puede afirmarse que hay una distinción utilizada estratégica y cronológicamente entre "cercanía con la frontera" y "antecedente de viaje". La primera referencia caracteriza desde el inicio a la mitad de la serie de publicaciones y se asocia con el inicio de los brotes en provincias de frontera. De hecho, el primer brote registrado en el 2009 se da en Misiones y, aunque en el 2013 los últimos partes dan cuenta del resurgimiento del brote en la capital de dicha provincia, esa categoría ya no es empleada. En efecto, mientras al principio la comunicación de la frontera misionera con el país vecino de Paraguay —donde el dengue es endémico— es destacada, hacia el final se afirma una condición autóctona del brote que no se asocia con otros factores.

El caso con antecedentes de viaje existe como categoría desde el inicio de los partes, pero se refuerza cuando la idea de cercanía fronteriza se atenúa y comienzan los brotes en provincias lejos de los límites geográficos y políticos. En ese momento, más que la frontera lo que importa es la trayectoria de viaje del enfermo, factor que se impone a la consideración de

otras variables donde el tránsito no está incluido (provisión de agua potable en el lugar de residencia, condiciones habitacionales y de infraestructura urbana, existencia o no de basurales a cielo abierto, etc.). En esos casos sin AV, se encuentra una ausencia en el tratamiento de los casos confirmados, tanto en lo que respecta a la mención de otros factores causales como en la especificación de las zonas de las ciudades donde esto sucede. Si esto sucediera, sería posible extraer hipótesis de contagio asentadas en las condiciones socioeconómicas o en las deficiencias ambientales o de infraestructura urbana. Por el contrario, la aparición de los brotes autóctonos o de los casos numerosos sin AV en provincias no fronterizas no conduce a la elaboración de un diagnóstico de situación que traslade la mirada hacia otras variables que coadyuvan a la incidencia de dengue. Lo que se sigue destacando, aún cuando la mayoría de los enfermos no tienen AV, es la especificación de las trayectorias de viaje cuando existen y, en simultáneo, la falta de referencias al modo de vida de los enfermos o sus últimas actividades hasta el momento del contagio —pues podrían haber viajado y, al llegar, residir en una zona sin tendido eficiente de agua potable. Asimismo, a través del seguimiento de los partes puede observarse cómo la referencia repetida, casi exclusiva (y excluyente) al caso con AV lleva a la aparición del "caso importado", una definición que, aunque explícito en los manuales de vigilancia epidemiológica, cobra un sentido más connotado y estigmatizante cuando se asocia con otro espacio donde circula también de manera cotidiana: el terreno de la opinión pública y el discurso mediático.

Es de notar, asimismo, el peso simbólico de la suspensión de las series de publicación, sobre todo la primera que sucede cuando la circulación se ha expandido a la mayoría de las provincias argentinas (20 de 23): esto no sólo obstaculiza el seguimiento de la enfermedad en los momentos de circulación viral acentuada, sino que establece un mecanismo de poder sobre la narración de la enfermedad que hace que el relato se interrumpa cuando las premisas que lo construyen empiezan a dejar de ser válidas. Cuando el brote es tan extendido y dinámico que los casos con antecedente de viaje atenúan su participación y dan paso a casos autóctonos, la forma de contar y las hipótesis que surgen de lo contado necesariamente deberían cambiar, pero eso no sucede. La modificación más llamativa puede destacarse en el uso de la categoría "caso autóctono" que aparece hacia el final de la serie, pues en las publicaciones anteriores, a pesar del número creciente de casos sin AV, esta idea no estaba presente.

Llegando hacia el final de este trabajo, interesa resaltar la falta de reflexividad cuando las zonas de circulación viral presentan una mayoría de casos autóctonos con respecto al número de enfermos con AV; esto dificulta no sólo el diagnóstico completo de la situación, en lo que respecta a sus factores causales inmediatos, sino que también construye una imagen de la trayectoria de la enfermedad que incide en dimensiones sociales que no son estrictamente

sanitarias: los imaginarios contruidos en torno a la migración, y la posibilidad de efectuar transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones más afectadas.

Con respecto a la primera dimensión, las referencias frecuentes y casi únicas sobre los casos con AV configuran una imagen negativa acerca de las migraciones y del paso por la frontera, contribuyendo, en un plano general, a los discursos que estigmatizan las corrientes migratorias limítrofes y construyen un imaginario asociado con el peligro. En un plano particular, la narración que enfoca de manera preponderante los casos con AV permite la consolidación de ideas que relacionan seguridad (territorial) y sanidad pública, a través de una suerte de "soberanía sanitaria" que aleja las perspectivas de trabajo regional en torno a una problemática de salud compartida por varios países. Asimismo, y siguiendo en el nivel específico, esas menciones que atribuyen carga causal al viaje y a la cercanía con la frontera se encuentran en clara oposición con el imaginario de inclusión y derechos humanos que caracteriza a la ley de migraciones vigente en Argentina (N° 25871), que establece que la migración es un derecho humano y garantiza el acceso a la atención médica a todo migrante, cualquiera sea su situación administrativa/migratoria.

La segunda dimensión se vincula con la ausencia de información acerca de los casos que no tienen AV y que, residiendo aún en provincias de frontera, no pueden asociar su contagio con la experiencia de un viaje reciente a un país con circulación de dengue. En esos casos no se ahonda en otras variables o factores causales que pudieron haber provocado la enfermedad o el brote, pues de haberlo hecho sería factible elaborar un diagnóstico de situación que no sólo aborde de manera individual los casos —y establezca como único rasgo de distribución si han viajado o no, y a dónde—, sino que permitiera contextualizarlos en un escenario socioeconómico donde las condiciones de vida tienen una injerencia importante en el mantenimiento de su salud y en la vulnerabilidad hacia el contagio de ciertas enfermedades. Así, si este panorama excediera los límites de la cercanía con la frontera y los AV para evaluar la provisión de agua potable, la existencia de basurales a cielo abierto, las condiciones edilicias o la presencia de aguas estancadas por un drenaje urbano defectuoso, la prevención del dengue se convertiría en un fin en sí mismo, pero también en una herramienta para empezar a cambiar ciertas condiciones de vida riesgosas de la población, articular estos planeamientos estatales sanitarios en un contexto más amplio de políticas sociales y, en especial, interpretar los brotes no como resultados negativos de la circulación a través del territorio, sino como expresión de un modo de vida desigual y peligroso —mucho más regional que nacional— para muchas poblaciones a un lado y al otro de las fronteras.

Bibliografía

- Anderson, B. (1991). *Comunidades imaginadas. Reflexiones sobre el origen y la difusión del nacionalismo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Caggiano, S. (2008). Racismo, fundamentalismo cultural y restricción de la ciudadanía: formas de regulación social frente a inmigrantes en la Argentina. E, en Novick, S. (comp.) *Las migraciones en América Latina: políticas, culturas y estrategias* (pp.31-51). Buenos Aires: Catálogos-CLACSO.
- Devoto, F. (2003). *Historia de la inmigración en Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Espósito, R. (2009). *Inmunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Foucault, M. (2010a [1978]). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2010b [1976]). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Halpern, G. (2010). *Etnicidad, inmigración y política. Representaciones y cultura política de exiliados paraguayos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Ministerio de Salud de la Nación (2009; 2010; 2011; 2012; 2013). *Partes sobre Dengue en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/info-equipos/partes>
- Ortiz, Z. (2005). Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología en *Revista Médicos Hoy*, s/n, marzo 2005, pp. 1-9.
- Penchaszadeh, A. P. (2012). Migraciones y derechos políticos: ¿democratización y extensión de la ciudadanía o nuevas formas de extranjerización en democracia?, ? eEn: Novick, S. (Ed.) *Migración y políticas públicas: nuevos escenarios y desafíos* (pp. 39-62). Buenos Aires: Catálogos-Universidad de Buenos Aires.
- Soldano, D. y Andrenacci, L. (2006). "Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino". , eEn Andrenacci, L. (comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (pp. 17-80). Buenos Aires: Prometeo-UNGS.
- Vilas, C. M. (2007). *Pensar el Estado*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

Notas

Se declara que el artículo presentado no presenta conflicto de intereses alguno.

Su elaboración tuvo lugar en el marco del desarrollo del proyecto UBACyT "La cuestión migratoria en la Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales" (IIGG-FSOC-UBA)", en el que la autora realiza su tesis de doctorado.