

“¡Ay, si es un mosquito de mierda!”: dengue y acceso a los servicios de salud de un municipio de Buenos Aires¹

Carolina Ocampo Mallou², Paula Blois³, Esteban Rodríguez⁴, Aníbal Carbajo⁵

Recibido: 16 de marzo de 2022 / Aceptado: 1 de diciembre de 2022

Resumen. En Argentina, el dengue ha demostrado su poder de propagación una vez más, entre 2019 y 2020, mixturándose con el principio de la pandemia del COVID-19. Para reflexionar acerca de las fallas en el control y prevención de esta enfermedad, nuestro trabajo tiene como objetivo amplio comprender los sentidos y prácticas que diferentes actores y actoras en un municipio del conurbano de Buenos Aires establecen en torno a la problemática del dengue. Nuestro objetivo particular es analizar cómo las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, en la dimensión organizacional y psico-socio-cultural en un municipio de la provincia de Buenos Aires, podrían estar vinculadas a la aparición de brotes de dengue que se observan en los registros oficiales. Hallamos problemas vinculados a la alta demanda de las guardias de los hospitales públicos y a la obtención de turnos. Observamos la falta de acciones de control de foco y bloqueos químicos en las casas de las personas afectadas por dengue, demoras o dificultades en la concurrencia a los servicios de salud por parte de las vecinas y los vecinos, y la consideración de la enfermedad entre las vecinas como problema de salud leve, significación que se deshace ante la vivencia corporal del dengue.

Palabras clave: dengue; calidad, acceso y evaluación de la Atención de Salud; prevención de enfermedades; Argentina

[en] “Oh, if it’s a shitty mosquito!” Dengue and access to health services in a municipality of Buenos Aires

Abstract. National Ministry of Health of Argentina indicated that the worst epidemic of dengue until now occurred during the 2019-2020 period in that country. In order to reflect on the failures in the control and prevention of this disease, our general aim is to understand the meanings and practices about the dengue problem that circulate among health agents and neighbors in a locality in the province of Buenos Aires. Our particular aim is to analyze how the difficulties of access to health services, in the organizational and psycho-socio-cultural dimension in a locality in the province of Buenos Aires, could be linked to the beginning and spread of dengue outbreaks that are observed in the official records. We found problems related to the high demand in public hospitals guards and the obtaining of shifts. We observed the lack of focus control actions and chemical blockades in the houses of people affected by dengue, neighbors that delay in assistance to health services and a meaning about the disease among neighbors as a mild health problem. This meaning is undone by the bodily experience of dengue.

Keywords: Dengue; Health Care Quality, Access, and Evaluation; Disease Prevention; Argentina

Sumario: 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Acceso. 3.1 Acceso en su dimensión organizacional. 3.2. Acceso psico-socio-cultural 3.2.1. Sentidos de las y los profesionales de salud. 3.2.1.1. El dengue, un problema individual ligado a la falta de información. 3.2.1.2. Construcción de una ciudadanía sanitaria y limitaciones. 3.2.1.3. Errores, ausencias y demoras en los diagnósticos y sus consecuencias. 3.2.1.4. ¿Cuándo se debe atender el problema del dengue? 3.2.2. Sentidos de las vecinas y vecinos. 3.2.2.1. La invisibilización del dengue y de los criaderos de *Aedes aegypti*. 3.2.2.2. Los

¹ Subsidio AGENCIA PICT-2018-03290. 2018-2020. Director: Dr. Guillermo Folguera. “Simplificaciones y omisiones de riesgo: una aproximación desde la filosofía de la biología a la relación entre conocimiento científico y problemáticas sociales y/o ambientales.” Beca doctoral financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

² Ecología de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Instituto de Investigación e Ingeniería Ambiental (CONICET-UNSAM), Universidad Nacional de San Martín; San Martín, Buenos Aires, Argentina. Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. caro.ocampo.mallou@gmail.com

³ Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Instituto de Ciencias Antropológicas (ICA), Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

⁴ Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.

⁵ Ecología de Enfermedades Transmitidas por Vectores, Instituto de Investigación e Ingeniería Ambiental (CONICET-UNSAM), Universidad Nacional de San Martín; San Martín, Buenos Aires, Argentina.

mosquitos como problema y posibles soluciones implementadas. 3.2.2.3. Cuando el dengue se hace presente: ¿qué hacer? ¿desde cuándo y hasta cuándo hay padecimiento? 4. Conclusión. 5. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Ocampo Mallou, C.; Blois, P.; Rodríguez, E.; Carbajo, A. (2023). “¡Ay, si es un mosquito de mierda!”: dengue y acceso a los servicios de salud de un municipio de Buenos Aires, en *Revista de Antropología Social* 32(1), 53-67.

1. Introducción

En Argentina, el dengue ha demostrado su poder de propagación una vez más, entre 2019 y 2020, mixturándose con el principio de la pandemia del COVID-19. Desde su reemergencia a fines del siglo XX, en tres ocasiones los brotes de dengue han llegado desde el norte hasta la mitad del territorio nacional: 2009, 2016, y la más reciente que ya mencionamos. Con el paso de los años, a su vez, la incidencia de cada evento epidémico es cada vez mayor como también la mortalidad (MSAL, 2016a; 2020). Internacionalmente, el año 2019 presenta a América del Sur desbordada por epidemias de dengue, siendo nuestros países vecinos, Brasil y Bolivia, muy afectados por esta enfermedad. Al mismo tiempo, las iniciativas de control que Argentina ha iniciado de forma federal, a partir del 2009, se presentan con dificultades y discontinuidades, en un contexto de investigación mundial que se pregunta cómo deberíamos resolver nuestra convivencia con los mosquitos ante el avance de estas arbovirosis (Hall y Tãmir, 2022). El fracaso de los reiterados intentos de control de las enfermedades transmitidas por mosquitos (Dusfour y Chaney, 2021) se hace evidente en el esfuerzo y el sufrimiento humano que no son revelados en los números de enfermos ni en los boletines epidemiológicos. Este trabajo, como continuación de estudios previos (Ocampo, Blois y Carbajo, 2020; Ocampo, Blois, Gómez, *et al.*, 2021), pretende dar cuenta de estas voces no cristalizadas en datos epidemiológicos, pertenecientes a personas implicadas en la gestión del dengue en Buenos Aires. Esta provincia se presenta como particularmente relevante para ser estudiada, en tanto no solo refleja el aumento progresivo de enfermos (desde el año 2009 al 2020), que se evidencia a nivel nacional, sino también porque posee el mayor número de casos notificados, en términos absolutos, en el país en la última epidemia (MSAL, 2020). Específicamente, este trabajo se centra en un municipio de la región sanitaria VI⁶, la cual presentó el mayor número de casos de dengue grave o con signo de alarma de la provincia (MS.GBA, 2020).

Consideramos que las enfermedades transmitidas por vectores que pueden generar epidemias, como el dengue, son producto del encuentro biológico entre poblaciones virales, de vectores y humanas, bajo ciertas condiciones ambientales que aceleran o demoran los procesos dentro y entre ellas (Gurevitz, Antman, Laneri, *et al.*, 2021). De las interacciones entre estos organismos puede surgir la infección en los cuerpos de vectores y personas, y, como consecuencia, los brotes epidémi-

cos. Al mismo tiempo, los eventos epidémicos son producto de los encuentros entre diferentes grupos humanos con diferentes posiciones de poder, atravesados diferencialmente por inequidades estructurales. Las epidemias son constituidas a partir de ciertas relaciones sociales y son reconfiguradoras de estas, es decir, son parte de ciertas formas de vinculación y son generadoras de nuevas relaciones y subjetividades. En otras palabras, las epidemias son múltiples y simultáneas, ya que no hay epidemia sin grupo humano que la constituya como tal (Herring y Swedlund, 2010). De esta forma, en tanto las epidemias son modos de relacionalidad (Kelly, Keck y Lynteris, 2019; Segata, 2021), su estudio invita a interrogar las formas en que estos son construidos por diferentes actores y actoras, y cómo se responde a estas construcciones diversas, incluyendo las formas sociales que nacen asociadas a estas respuestas. En este trabajo, entonces, nuestra mirada focaliza específicamente en las diversas aristas de un medio socioambiental que es potencialmente “patogénico” y que, a través de las prácticas de la vida cotidiana, puede desatar epidemias.

Siguiendo este argumento, hay estudios sobre nuestro país que ejemplifican cómo algunas enfermedades vectoriales como la malaria aumentaron, en los registros oficiales, debido al deterioro o ausencia de las infraestructuras de salud pública, a la aplicación directa de modelos conceptuales de control extranjeros, al aumento de las migraciones regionales y al avance de la deforestación (Álvarez, 2010; Carter, 2012). Bajo la caracterización conceptual explicitada, nuestro trabajo tiene como objetivo amplio comprender los sentidos y prácticas que diferentes actores y actoras en un municipio del conurbano de Buenos Aires establecen en torno a la problemática del dengue. En este marco de investigación, nuestro objetivo particular es analizar cómo las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, en la dimensión organizacional y psico-socio-cultural, podrían estar vinculadas a la aparición de brotes de dengue que se observan en los registros oficiales. Las definiciones de accesibilidad y acceso son múltiples, ya que son categorías muy discutidas en el campo de la salud y han tomado diferentes formas según los enfoques teórico-metodológicos de las distintas investigaciones que las recuperan (Garbus, 2012; Landini, González Cowes y D’Amore, 2014). Aquí nos adscribimos a la idea de acceso en forma amplia (Ballesteros, 2014) como aquella que incluye a las construcciones que las y los sujetos realizan de la enfermedad y su cuidado, considerando sus experiencias previas en los servicios sanitarios. Comes y Stolkiner (2005) indican, en la misma dirección, que el acceso es el vínculo que se construye entre las y los sujetos y los servicios de salud. Esto implica que el acceso sea considerado en sus dimensiones organizacionales, económicas, geográficas, pero también políticas y simbólicas, las cuales incluyen el deseo de las personas de ser atendidas y de

⁶ Unidad territorial constituida legalmente que impone una coordinación e integración de las actividades sanitarias entre ciertos municipios. La región VI comprende dos municipios del primer cordón del conurbano de la zona sur que limitan con CABA y siete, del segundo cordón.

participar de las actividades de un servicio de salud. Dentro de este marco amplio, nuestro análisis, como mencionamos, aborda la dimensión organizacional y psico-socio-cultural. Este último acercamiento hacia el acceso implica comprender cómo ocurre la articulación entre los sentidos que producen y reproducen los servicios de salud y sus profesionales, y aquellos de los beneficiarios y beneficiarias, no solo en cuanto a lograr una atención médica sino también respecto a obtener soluciones a los problemas de salud –por ejemplo, aliviar o prevenir un padecimiento–. Como consecuencia, nos detendremos a examinar cómo los marcos institucionales dan forma a las prácticas de atención, cómo los y las agentes de salud se apropian, y cuestionan, las acciones y políticas que deben llevar adelante, y cómo las vecinas y los vecinos reconfiguran, a partir de su propio contexto de vida, las recomendaciones de profesionales y agentes de salud (Landini, González Cowes y D’Amore, 2014).

La categoría de accesibilidad resulta relevante en tanto “es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, constituye un área prioritaria de investigación, a la vez que una variable de gran impacto en la salud de la población” (Landini, González Cowes y D’Amore, 2014: 232). Si bien distintos trabajos referidos al dengue en otros países han avanzado investigando de qué manera las dificultades en el acceso a la atención sanitaria pueden implicar una mayor mortalidad, gravedad o incremento en los casos de dengue (Khun y Manderson, 2007; Castro, Khawja y Johnston, 2010; Carabalí y Hendrickx, 2012; Ardila Pinto, Martínez, Fuentes, *et al.*, 2014; Sánchez, Cortes García, Fajardo, *et al.*, 2020), son pocos los que han analizado los aspectos políticos y simbólicos de este concepto. En este marco, este trabajo es un esfuerzo por pensar la problemática del dengue más allá del control vectorial, como una enfermedad cuyas causas no están restringidas a fallas técnicas o administrativas, sino que incluyen las relaciones entre distintos grupos humanos y de estos con los no humanos. Cabe aclarar, a su vez, que, si bien estaremos explorando los problemas de acceso como un condicionante, entre otros, en la aparición de los brotes de dengue, la necesidad de acceder a la salud va más allá de cualquier enfermedad particular y se vincula estrictamente con el cumplimiento de un derecho humano.

Finalmente, creemos relevante mencionar que la exploración de los aspectos ligados a la accesibilidad y el marco teórico sobre el cual se sustenta la investigación realizada para este artículo pretenden traer a discusión la relevancia de la determinación social de la salud para analizar las enfermedades. Algunas epidemiologías alternativas, como la crítica (Breilh, 2015), se sostienen sobre ese concepto para repensar las explicaciones que se establecen en torno a la aparición de enfermedades. También la epidemiología social anglosajona ha intentado descentrar la mirada biológica de este proceso. Así, ha habilitado la pregunta acerca de la manera en que diferentes posiciones sociales entre los grupos humanos condicionan las epidemias y las describen. De esta forma, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005; OMS, 2018) condujo y conduce numerosas investigaciones que tensionan estos aspectos.

2. Metodología

La investigación se basó en una metodología etnográfica. El trabajo de campo se llevó a cabo entre agosto y diciembre de 2021. Realizamos veintiséis entrevistas semiestructuradas que duraron entre media hora y hora y media, a diferentes agentes sanitarios en dos centros de salud, y a las vecinas y vecinos de la zona en un municipio del sur del conurbano bonaerense. Antes de cada entrevista se explicó la finalidad del trabajo, se obtuvo el consentimiento informado verbal y se acordó preservar la identidad de los y las participantes, por lo que se omitirán aquí sus nombres. La mayoría de las entrevistas a los y las agentes de salud se realizó virtualmente a través de una plataforma o por una videollamada de celular debido al contexto de pandemia reciente. Se entrevistó a promotores de salud (4), enfermeras (2), médicas clínicas (2), jefas de centro de salud (2) y a un funcionario de salud del municipio (1). Los y las agentes refirieron trabajar con barrios de clase media, media-baja y “asentamientos” (barrios populares), por lo tanto, las poblaciones que se describen son heterogéneas en cuanto a condiciones socioeconómicas. También se realizaron entrevistas a quince vecinos y vecinas que habitan y, en algunos casos, trabajan en diferentes actividades en los barrios cercanos a los centros de salud. Nueve de ellas tuvieron dengue durante la epidemia del 2019-2020. Los barrios visitados para las entrevistas podrían describirse como zonas de casas bajas, arboladas y solo en algunos casos en condiciones consideradas precarias⁷. Adicionalmente, se mantuvieron conversaciones informales con otras vecinas y vecinos durante el acompañamiento del trabajo de agentes sanitarios o caminando por los barrios.

Dado el objetivo de la investigación, se buscó entrevistar a actores y actrices con diferentes funciones y responsabilidades dentro de dos centros de salud dependientes del municipio. También se entrevistó al funcionario de salud, en tanto es una persona con mayor capacidad de decisión institucional. La selección de las vecinas y vecinos para las entrevistas fue heterogénea. En un caso se entrevistó a dos personas vinculadas a un barrio cerrado –un jefe de mantenimiento, que vive, a su vez, en el barrio cercano al *country*, y una mujer que allí habita– a partir del contacto vía correo electrónico con la administración del *country* para realizar la investigación. A otras personas vecinas de un centro de salud las entrevistamos tras encontrarlas en la sala de espera de este, por estar saliendo de él o por estar atendiendo un negocio en su cercanía. En otros casos, una promotora de salud nos acompañó a conocer a algunas personas del barrio y las entrevistas se realizaron en su presencia. Cabe mencionar que las promotoras que nos acompañaron no sabían *a priori* quiénes se habían enfermado de dengue, e incluso algunos de los casos no estaban bajo conocimiento del centro de salud. Por lo tanto, excepto en el caso de una vecina, conocimos a las personas que tuvieron diagnóstico de dengue preguntando casa por casa por la enfermedad. En algunas ocasiones, luego del encuentro con la promotora, se pidió el contacto de la

⁷ Algunos entrevistados expresaron trabajar con vecinos de “asentamientos” donde hay ausencia de servicios públicos. En otros casos, hemos observado ciertas viviendas cuya calidad de materiales parecía parcialmente insuficiente (INDEC, 2021)

persona y se realizó la entrevista de forma telefónica. Varias entrevistas realizadas a las vecinas y vecinos no fueron grabadas, fueron más breves y se establecieron de manera más informal y espontánea que las de las y los agentes de salud y algunas otras vecinas y vecinos, las cuales fueron concertadas previamente. Consideramos que todas las entrevistas realizadas a las vecinas y vecinos permitieron una aproximación comparativa a las respuestas otorgadas por los y las agentes de salud buscando un enfoque relacional del problema.

Si bien en el caso de los y las agentes de salud que entrevistamos existe una heterogeneidad dada por la especificidad de sus formaciones profesionales y/o sus trayectorias vitales y laborales, resulta necesario aclarar que, a lo largo del trabajo, no se enfatizan las diferencias entre las miradas generadas por estas experiencias disímiles. Se intenta más bien aquí entender los sentidos que son compartidos y tensionados en tanto equipos de salud en territorio.

Como algunas de las personas entrevistadas trabajan o viven en un barrio cerrado del municipio es pertinente mencionar brevemente ciertas características de esta urbanización. Svampa (2008) indica que existen distintas tipologías de barrios cerrados y *countries* pero, de manera general, considera que pueden definirse como urbanizaciones privadas, destinadas al uso residencial, cercadas, con vigilancia las 24 horas, habitadas por las clases altas y clases medias que resultaron beneficiadas por los procesos de privatización que sufrió el país desde 1989. Estas urbanizaciones en Argentina representan la convergencia entre las pretensiones de un estilo de vida de campo o de vida natural (“verde”) mercantilizado, un marco de seguridad privada y la presencia de propietarios que provienen de una fragmentada clase media (sectores gerenciales y profesionales). Esto último advierte que la particularidad argentina respecto de otros países donde existen urbanizaciones privadas es la ruptura mucho más acentuada en el interior de las clases medias, que generó “ganadores” y “perdedores” del modelo neoliberal. Los “ganadores” son aquellos que disponen del capital para acceder a estas urbanizaciones, aumentando las brechas sociales. Como consecuencia, se generan socializaciones homogéneas al interior del barrio cerrado, que pretenden reconstruir las relaciones de vecindad y se reafirman mecanismos de diferenciación social a través de ciertas pautas de comportamiento.

Como última aclaración queremos destacar que nuestro trabajo no indaga, en gran medida, en las dificultades de atención que podrían surgir de la vinculación con los servicios de obras sociales y prepagas⁸ sino que visibiliza, mayormente, aquellas que derivan del sector público, en tanto la mayoría de las personas entrevistadas utilizan o trabajan en estos servicios.

3. Acceso

Varios investigadores y varias investigadoras reconocen distintas dimensiones de acceso y diferentes obstáculos

⁸ En Argentina, a los servicios sanitarios podríamos considerarlos fragmentados en tres sectores principales: el público, el ligado a las obras sociales y el privado vinculado a las prepagas. Esta fragmentación implica diferentes modos de acceso a la atención por parte de los grupos humanos, en particular, ligados a las capacidades contributivas.

en relación con el acceso. Así, se menciona la dimensión física o geográfica, que remite a las capacidades, en términos de distancias, del logro de una atención médica; el acceso económico o financiero como aquel que alude a la posibilidad de costear los servicios sanitarios; y el administrativo, que implica aspectos organizacionales del servicio que pueden habilitar el mayor o menor uso de los mismos. Los aspectos que nos interesan, en particular, son los organizacionales/administrativos y aquellos denominados simbólicos y políticos. Freidin, Ballesteros y Wilner (2019: 74) mencionan, recuperando a Abreu de Jesus y Araújo Assis (2010), que la dimensión simbólica del acceso “abarca las concepciones de salud y enfermedad de la población y cómo el sistema sanitario las considera”. Por otro lado, el acceso en su dimensión política incorpora “la conciencia del derecho a la salud y el interés de la comunidad”. Finalmente, creemos que la definición de dimensión psico-socio-cultural como interfaz social⁹, de Landini, González Cowes y D’Amore (2014) abarca estos aspectos simbólicos y políticos y por lo tanto nos permite explorarlos de forma conjunta. Los apartados a continuación, entonces, pretenden explorar la dimensión organizacional y la psico-socio-cultural, en particular, en su relación con el dengue. Es necesario indicar, de cualquier modo, que esta separación es arbitraria. La dimensión organizacional claramente comprende también un encuentro entre mundos de vida, y si la separamos es solo a fines de ordenar el argumento.

3.1. Acceso en su dimensión organizacional

La dimensión organizacional del acceso es aludida en las entrevistas realizadas a diferentes vecinas y vecinos del municipio. Entendemos los obstáculos al acceso en esta dimensión como aquellas trabas burocráticas que impiden la atención en los centros de salud u hospitales. Si bien las dificultades en este acceso condicionan la detección y el tratamiento de múltiples enfermedades, aquellas que son infecciosas, como el dengue, pueden propagarse con más facilidad si las personas enfermas no son diagnosticadas rápidamente. En ese sentido, las trabas en la dimensión organizacional pueden, además de limitar el acceso al diagnóstico médico, generar experiencias negativas sobre las personas que las condicionen a no acercarse al sistema de salud, a demorarse en hacerlo y a influir negativamente en las decisiones al respecto de familiares y amigos. Así, algunas personas, al ser consultadas por los lugares donde se atienden, comentan que prefieren no ir a “las salitas” ya que, en algunos casos, encuentran que estas no tienen insumos para darles, y en otros porque el sistema de turnos para poder acceder a la atención les resulta restrictivo. Una vecina, por ejemplo, comenta que no puede ir por la mañana al centro de salud y, por eso, no puede sacar

⁹ Los autores utilizan a Long (2007) para definirla: “la accesibilidad psico-socio-cultural puede ser conceptualizada como una interfaz social. Long (2007: 445) define a la interfaz social como ‘un punto crítico de intersección entre diferentes mundos de vida, campos sociales o niveles de organización social en donde es más probable localizar discontinuidades sociales, basadas en discrepancias en valores, intereses y poder’” (Landini, González Cowes y D’ Amore, 2014: 237).

turno para atenderse. En concordancia con esto, algunos trabajos marcan como dificultad del sistema de salud de Buenos Aires la obtención de turnos (Freidin, Ballesteros y Wilner, 2019). Aunque son mencionados solo en algunas entrevistas, consideramos que también los horarios limitados de atención de ambos centros de salud pueden ser un obstáculo en el acceso. En un centro de salud la atención es solo hasta el mediodía y el otro está abierto hasta final de la tarde, pero tampoco tiene guardias. Una de las jefas del centro lo puntualiza al hablar de los casos de dengue:

Estos casos, por ejemplo, de hecho, llegan porque acuden a una guardia cercana acá, nosotros no tenemos guardia, el centro está abierto de 8 a 14, no tenemos médicas todos los días, entonces ante una eventualidad o una urgencia, se acercan al centro que tenemos por ahí más cerca, que tiene las 24 horas.

Sobre la dificultad de la falta de guardias o de médicos clínicos que atiendan mañana y tarde, también la enfermera de uno de los centros de salud indica: “explícamos que no trabajamos con guardia, que el médico tiene su horario, que no tenemos médico mañana y tarde, él tiene sus días y sus horarios de venir, viste, también eso es medio difícil que la gente lo entienda”. Una vecina comenta la ausencia de guardias en el centro como una dificultad, fundamentalmente para las personas que quieren acceder por primera vez en una urgencia.

En una de las caminatas por el barrio evidenciamos una situación que nos había indicado una de las jefas de centro de salud: durante los operativos en territorio, por la falta de personal, el centro de salud permanece cerrado o vaciado de agentes de salud y esto genera demoras o ausencia en la atención. En este sentido, en algunas conversaciones con vecinas y con una de las promotoras de salud, se hace manifiesto que las urgencias sanitarias se resuelven, mayormente, en las guardias de los hospitales de la zona, siendo estos servicios, también, centrales en las derivaciones para los laboratorios de análisis de sangre. De esta manera las guardias, en particular, en la última epidemia de dengue, recibieron gran cantidad de pacientes y se generaron demoras en la atención, como nos indican algunas vecinas. La hegemonía del hospital en el campo de la salud y, por lo tanto, el modelo orientado a la reparación de la enfermedad parece sobresalir, con todas sus dificultades (Spinelli, 2020).

Asimismo, nos parece interesante resaltar el fuerte movimiento de personas entre los servicios sanitarios locales y las posibles barreras para la atención en tanto la persona puede no corresponder al área programática de estos. En este sentido, una de las vecinas indica que no fue atendida en uno de los hospitales de la zona por pertenecer a otro distrito. También una de las promotoras explica cómo un centro de salud deriva, de manera sistemática, a las personas de su área programática a la atención en otro centro, sobrecargando de actividad a este último. En qué medida estos tránsitos entre servicios, por momentos no esclarecidos, pueden contribuir a la falta de atención en las poblaciones a cargo permanece como interrogante. Sin embargo, podemos afirmar, a priori, que las malas experiencias en la atención recibida hacen parte de la accesibilidad (Ballesteros, 2014; Landini, González Cowes y D'Amore, 2014).

2.2. Acceso psico-socio-cultural

3.2.1. Sentidos de los y las profesionales de salud

3.2.1.1. El dengue, un problema individual ligado a la falta de información

La forma en que se construye la enfermedad y su control por parte de los equipos de salud influye en la posibilidad de encuentro entre los servicios y las vecinas y vecinos, y, por lo tanto, es una de las circunstancias que moldea el acceso psico-socio-cultural. En este caso nos encontramos con una descripción de las causas de la enfermedad y de la manera de enfrentarla muy ligada a los comportamientos individuales y a la obtención de información. En este sentido, una de las jefas de los centros de salud que visitamos indica, al discutir sobre las medidas de prevención que se establecen en torno a la enfermedad, en particular, referidas a la presencia de criaderos de *Aedes aegypti*, que el dengue “es un problema individual que se colectiviza”. En esta afirmación notamos que la enfermedad queda ligada al concepto epidemiológico de “estilo de vida”, es decir, el dengue se circunscribe a la esfera de los hábitos personales (Menéndez, 1998). En buena medida, en esta enunciación parece condensarse la conceptualización individualista sobre el problema que circula entre las profesionales de salud y algunas de las vecinas y vecinos que, a su vez, es parte nodal de algunas planificaciones nacionales e internacionales sobre dengue (Ocampo, Busan, Rodríguez, *et al.*, 2021) y de los discursos de salud pública global (Petersen y Lupton, 1996). En contraposición, el funcionamiento de salud se desmarca de esta mirada e indica que la última epidemia de dengue se genera por la falta de atención al problema de la gestión municipal anterior y por el contexto epidemiológico regional de América del Sur.

Las iniciativas contra el dengue en el municipio implican, como una de sus medidas principales, distribuir información sobre lo que las personas deberían hacer en sus hogares particulares, ya sea casa a casa o, en menor medida, reproduciendo el mensaje en alguna escuela, en reuniones en el centro de salud o plazas. Así lo expresa una de las jefas de centro: “se podría solucionar con información necesaria y que todos actuaran, digamos, consecuentes a esta información” (Yamila). Aquí vale, para pensar en esta afirmación, la consideración de Gottero (2012) acerca de que se esperan efectos altamente eficientes solo de la transmisión unidireccional de la información biomédica. Es decir, se asume que la población aceptaría las indicaciones de prevención tras acceder al conocimiento validado por los servicios de salud. Así, el modelo de transmisión-recepción imperante en los enfoques hegemónicos de la educación en salud parece privilegiarse, asumiendo que los mensajes “se depositan” en sujetos pasivos (Garelli y Dumrauf, 2021).

La difusión de la información como medida de prevención prioritaria es recurrente en las entrevistas realizadas a las agentes de salud, incluso, como en el caso de una de las enfermeras, planteándose una mejora en el formato de circulación de las explicaciones biomédicas —por ejemplo, rechaza las campañas mediáticas diverti-

das y con dibujos, y propone que sean “serias”¹⁰. Las medidas que se difunden están referidas a los criaderos del mosquito y, en segundo lugar, a la protección de sus picaduras y los síntomas de la enfermedad. Esto puede implicar que los fracasos en torno al control de la enfermedad sean entendidos, principalmente, como dificultades en el manejo de los mosquitos *Aedes aegypti*. Y, a su vez, estas dificultades terminan siendo comprendidas, en su mayoría, como fracasos de las personas en la implementación de las medidas sobre los criaderos. El conjunto de estas últimas aparece bajo el rótulo de “descacharrar”¹¹ y se enuncian, en general, como actividades consensuadas al interior de los centros de salud. “El descacharrado” se produce como rutina ante el dengue, es decir, como un “conjunto de acciones que se realizan de manera repetitiva, con un cierto ‘automatismo’: de un modo habitual, sin reflexionar explícitamente y sin necesidad de legitimar las acciones involucradas” (Berg, 1992: 170).

Al considerar los criaderos de *Aedes aegypti* es notorio que los espacios “comunes” como escuelas, hospitales, clubes, o la propia vía pública¹², no parecen ser prioritarios en la enunciación de la solución del dengue que realizan las agentes de salud, con excepción de los basurales a cielo abierto que son mencionados como lugares de “cría” por una de las jefas de centro de salud. Por su lado, el funcionario de salud menciona que se atendieron algunos espacios privados considerados problemáticos como las gomerías o, incluso, algunas casas de personas denominadas “acumuladoras”, pero sobre los espacios públicos indica, fundamentalmente, el cortado del césped. Otras agentes sanitarias también aluden a la “limpieza de las plazas”. Al preguntarle a una de las jefas de un centro de salud por la acción concreta sobre algunos espacios como chatarrerías y basurales, espacios que ella misma asocia a la presencia de casos de dengue, manifiesta que si bien se realizan los bloqueos de fumigación ante el caso, el tratamiento de los criaderos en estos lugares demanda herramientas que el municipio no tiene. Con respecto a los cementerios, otro espacio considerado crítico para la cría de *Aedes aegypti* (Vezzani, 2007), no se los señala como espacios de control directo, aunque sí una de las promotoras de salud los menciona en directa relación con la aparición de varios casos de dengue en una zona del municipio. Una de las vecinas refiere que la única medida que reconoce es la difusión de información mediante afiches en la entrada del cementerio in-

dicando que cada persona debe llevar arena para colocar en el recipiente donde deposita las flores. La vecina aclara, además, que no hay controles al respecto, sino que queda a criterio de cada persona. Esta falta de atención a los espacios comunes, que es denunciada por algunas vecinas, subraya que las infraestructuras que influyen en la emergencia de numerosos padecimientos en las personas, en buena medida, no son atendidas por las políticas municipales, provinciales o nacionales (Bulled y Puffer, 2017). Además, esta falta de respuesta sobre espacios comunes, que hacen a la vida de las vecinas, puede contribuir a generar desconfianza sobre las acciones municipales y, por lo tanto, reducir la accesibilidad psico-socio-cultural.

Si consideramos acciones que no remiten estrictamente a la difusión de información biomédica, podemos mencionar al respecto que el municipio tiene una ordenanza especial para poder acceder a las viviendas en caso de que “una casa ponga en riesgo” al barrio. En general, además, el acercamiento a los y las vecinas “casa a casa” va acompañado de la entrega de bolsas de residuos para juntar los recipientes de descarte y de repelentes. Sobre estos productos, el funcionario de salud explica que el municipio tiene un convenio con las fuerzas armadas que le permite adquirirlos a un precio menor y distribuirlos entre los vecinos. Sin embargo, al ser preguntadas las personas de los barrios por las actividades de control del dengue, muy pocas vecinas indican haber recibido un repelente o haber sido parte de alguna acción de control, de hecho, algunas personas alegan saber del dengue solo por los medios de comunicación. En este punto, quizás, sea significativo mencionar que a los folletos que las agentes sanitarias señalan que se encuentran disponibles en los centros de salud no los hallamos presentes en nuestras visitas. Por otro lado, el funcionario de salud destaca la presencia de comités operativos de emergencia (COEs) en el municipio como una estrategia de participación comunitaria general que permite articular con los vecinos y las vecinas y tomar decisiones en conjunto. Sin embargo, nuevamente, en las áreas visitadas ninguna vecina o vecino relata conocer sobre su existencia. Esto podría deberse, al menos en parte, a que, como nos indica el funcionario, los COEs se formaron durante el 2020 para afrontar la pandemia y aún no se consolidaron. De igual manera, las razones por las que las vecinas y los vecinos no visibilizan las acciones de control también podrían estar vinculadas con que estas actividades no están totalmente instaladas en todos los barrios.

3.2.1.2. Construcción de una ciudadanía sanitaria y limitaciones

Los discursos que enfatizan el rol de la información y la acción individual ponen en juego un *deber ser* que recupera el modelo de creencias en salud en el interior del campo de la educación en salud (Gottero, 2012), el cual asume una relación directa entre el cambio de comportamiento y la adquisición de información científicamente adecuada –cambio cognitivo, de creencias individuales por información validada–. En este modelo las personas usuarias de los servicios de salud aparecen como sujetos racionales, y la meta de las medidas de control o tratamiento es “el logro de la autonomía en-

¹⁰ No obstante, el punto de vista de la enfermera es interesante en tanto plantea en algunos momentos contextualizar la información según la edad.

¹¹ La descacharrización implica la eliminación de distintos recipientes que son o podrían convertirse en criaderos para *Aedes aegypti*. Las actividades vinculadas pueden incluir también tapan o mover estos recipientes sin que tengan que ser eliminados. La acción de descacharrar, entonces, es una actividad general de eliminación de potenciales criaderos. Sin embargo, para algunas agentes de salud y vecinos y vecinas, se convierte en un sinónimo para “limpieza”. El “cacharro” es entendido, a su vez, como cualquier recipiente que puede acumular agua, transformándose, así, en un potencial criadero. Algunas consecuencias de estas connotaciones se discuten en secciones siguientes.

¹² Se observaron, además, potenciales criaderos en algunos de estos espacios.

tendida como capacidad del sujeto para afirmarse desde sí, eligiendo opciones conscientemente y desvinculándose de las determinaciones sociales y culturales que operan negativamente.” (Margulies, 2014: 137).

En consonancia con este modelo, “la concientización” es el recurso fundamental del municipio, intentando de esta forma construir una ciudadanía sanitaria (Briggs, 2003; Briggs y Mantini-Briggs, 2003). Así, esta concientización significa convencer a las personas de que el dengue es un problema y que deben adherirse a las medidas recomendadas. Por ejemplo, una de las enfermeras lo enuncia claramente: “las promotoras salen a la calle, tratan de concientizar a la gente, así que, dentro de todo, la información está constante”. Briggs (2003) explica, en su investigación sobre el cólera en Venezuela, que son consideradas ciudadanas sanitarias del país aquellas personas que adoptan las prácticas higiénicas como forma de tratar el cuerpo y en la interacción con otros y otras, que reconocen el monopolio de la profesión médica a la hora de definir una enfermedad y su tratamiento, y que conciben a la enfermedad, el cuerpo y la salud en términos de la epistemología médica. Aquí, en particular, en el caso del dengue, en lugar del cuerpo podríamos considerar el espacio del hogar como aquel que se medicaliza (Nading, 2014). Estos sentidos los encontramos en la mayoría de las afirmaciones de las agentes de salud entrevistadas. Por ejemplo, una de las promotoras de salud perfila la actitud deseable de la vecina o vecino:

Antes no les importaba tener el pasto largo, que no les importaba limpiar su patio, que les daba todo lo mismo, hoy vos vas por las casas y está todo el pasto cortito, muchas veces salen a volantear con los promotores, a ayudar, pegan los carteles en los negocios, sí, el impacto siempre es positivo porque muchos vecinos hacen una toma de conciencia, que es buena porque ayudan a la comunidad. Cuando los vecinos se van concientizando van charlando también con sus familias, con sus otros vecinos, ven la necesidad de trabajar en conjunto, y ellos mismos te van llamando para decirte: ‘che miren que acá, mi patio da al de atrás del vecino que tiene un montón de cacharros y se junta agua’.

Esta última afirmación también nos remite al discurso de la salud pública (Petersen y Lupton, 1996), donde la persona que es ciudadana aparece como aquella que no solo es responsable activamente por sí misma, sino que también debe serlo por el otro y la otra. En el mismo sentido, otra enfermera señala:

Porque si el vecino tiene un montón de objetos donde se pueda acumular agua también nos va a afectar a nosotros (...) esa era la idea ¿no?, de que tomen conciencia de que no somos solamente nosotros, no somos solamente uno, que nuestra casa tiene que estar perfectamente impecable, si no también tiene que ser un grupo de vecinos que esté, tratar de llevarse bien, dialogar, y de la mejor manera ponerse de acuerdo, entre todos.

Se impone de esta forma un modo legítimo de cuidar de sí y de otros y otras (Margulies, 2014), ligado a la medicalización de las prácticas hogareñas y a una mirada del ambiente como conjunto de recursos físicos que requiere un manejo experto (Petersen y Lupton, 1996).

Consideramos que esta epistemología médica que no aloja los significados de los vecinos y las vecinas respecto de la enfermedad y sus cuidados también puede restringir la accesibilidad psico-socio-cultural. Ahora bien, creemos que el individualismo que observamos en las medidas de control¹³ está presente no solo por ser un supuesto de la epistemología médica (Gordon, 1988) sino también porque es parte de una lógica mayor que Wendy Brown llama gobernanza neoliberal. Esta

opera a través del aislamiento y la empresarización de unidades e individuos responsables, mediante la delegación de la autoridad, la toma de decisiones y la implementación de políticas y normas de conducta. Éstos son los procesos que vuelven responsables de sí mismos a los individuos y a otras pequeñas unidades en los lugares de trabajo, a la vez que los vinculan con los poderes y con el proyecto del todo (2017: 102).

Lo que observamos en este caso es que la responsabilidad por el control de la enfermedad no solo recae en las personas en sus hogares, o en menor medida en sus ámbitos de trabajo, sino también en los centros de salud municipales, sin que, algunas veces, tengan los recursos –por ejemplo, humanos– para cumplir con los objetivos definidos desde los ministerios. La responsabilización permite que la asignación del peso moral quede en la entidad que se encuentra al final de la cadena. Nuevamente, la moralización de los vecinos y las vecinas, como también la moralización de la municipalidad como institución, no contribuye a promover la accesibilidad.

Esta moralización creemos que está promovida, a su vez, por ese discurso de los y las agentes de salud que, como ya mencionamos, apela a la manera en la que deberían comportarse las y los sujetos. Este deber ser que se les impone se establece, fundamentalmente, en torno a la presencia de criaderos de *Aedes aegypti*, e implica “ser conscientes” del problema y no ser personas “descuidadas” o “ser limpias”: “yo pienso que es inconsciencia de los vecinos, que no tienen, cómo te puedo decir, una limpieza de la casa, que son muy, son descuidados”. Sin embargo, al mismo tiempo que dice esto, la misma entrevistada indica que “ser cuidadoso” no es una garantía para evadir la enfermedad: “es algo cotidiano, el mosquito se cría en cualquier lado y capaz que vos estás bien, vos te cuidas, ves que no quede nada que junte agua, ningún cacharro, ninguna cajita, nada, pero el mosquito se crió en otro lado y entra a tu casa ¿viste?, es algo que no lo podemos evitar, por más que vos te cuides”. Esta afirmación deja ver cómo las propias profesionales de la salud tensionan las explicaciones de la aparición de la enfermedad e incluso de la presencia de mosquitos, reconociendo las particularidades de las poblaciones a las que asisten. Esto se advierte también cuando otras agentes sanitarias explican el alejamiento de este *deber ser* por parte de los vecinos y las vecinas como consecuencia de las condiciones socioeconómicas en las que viven, en tanto la recolección de recipientes

¹³ Cabe aclarar que, si bien los agentes sanitarios mencionan, algunas veces, el deseado trabajo conjunto de los vecinos las medidas que se difunden están dirigidas a la adhesión de cada persona en su hogar y el trabajo territorial se establece “casa por casa”.

tes para subsistir de la venta, es asumida como una situación que hace a la presencia de potenciales criaderos.

Se descubre, así, en el relato del *deber ser*, la dominancia del saber médico y una asignación de características particulares a las personas que no adoptan las recomendaciones sanitarias. Estas características aparecen como “más allá de los sujetos singulares y delimitadas como causa impersonal de la enfermedad” (Margulies, 2014: 136). La mirada sobre la falta de conciencia de las y los sujetos respecto del problema de salud –que implica, como ya dijimos, un esfuerzo de “concientización”– es recurrente en los discursos dominantes de la salud pública, que la enuncian como una “barrera a la participación” (Petersen y Lupton, 1996). Esta forma de concebir el problema como falta de conciencia implica, a su vez, que la conciencia se genera desde afuera –movilizada por la información–, desde los y las agentes de salud, y que no sería parte intrínseca del modo de vida de los vecinos y las vecinas (Bulled y Puffer, 2017). De esta forma, el control del dengue queda ligado a la responsabilidad de concientizar de las agentes y a la capacidad de las vecinas y vecinos de incorporar el problema en los términos que “deberían”. En esto se descuidan las propias fallas del sistema de salud en su acercamiento a las singularidades, incluso cuando las agentes sanitarias pueden reconocerlas en su práctica. Así, observamos que el esfuerzo se coloca en *convencer* a las personas de realizar las indicaciones médicas o bien, *generar conciencia*. Este tono podría ser también consecuencia de que, desde los equipos territoriales, no creen tener posibilidades de actuar de otra manera, es decir, sobre las condiciones generales de vida de las personas.

3.2.1.3. ¿Qué es el dengue? Errores, ausencias y demoras en los diagnósticos y sus consecuencias

La posibilidad o impedimento de los y las profesionales de salud de atender adecuadamente a una persona con síntomas de dengue, realizar un diagnóstico efectivo y promover ciertas medidas de control ante la aparición del “caso” nos indica de qué manera se vive la presencia de la enfermedad desde los ámbitos de atención y cómo se configura desde el registro de la práctica clínica. Esta construcción del caso también es relevante para dar cuenta de la accesibilidad, en tanto facilita, o no, experiencias negativas de atención que podrían redundar en alejamientos posteriores de los servicios de salud. Al ser preguntada al respecto, una de las médicas clínicas aclara que tiene un registro vago de haber atendido a algún paciente con dengue. Recuerda que, en gran medida, a las personas que iban al centro de salud con síntomas de cefalea, dolor articular o fiebre, directamente se los enviaba a hisopar y que la prioridad era, entonces, detectar COVID-19. La otra médica clínica nos informa que, en cada epidemia de dengue, los diagnósticos suelen ser más difíciles de hacer al principio del brote, pero luego resultan más evidentes al aparecer más casos. Es decir, que los primeros casos de la enfermedad en un barrio resultan los más complicados de diagnosticar como tales por la falta del contexto epidemiológico. Esto, a su vez, retroalimenta la ocurrencia de brotes, ya que impide actuar “a tiempo”, cuando la cantidad de casos es más manejable. Al ser síntomas inespecíficos, la médica sugiere que, durante una consulta cualquiera, los y las

profesionales deberían mantener la posible presencia del dengue “en el horizonte de las patologías posibles”. De lo contrario, el diagnóstico puede ser erróneo. En estas consideraciones observamos cómo resulta necesaria, en la práctica médica, la fina articulación entre el conocimiento científico-técnico obtenido durante la formación académica y el conocimiento obtenido en la práctica profesional. A la falta de esta última, entonces, podríamos adjudicarle, en parte, las dificultades en el diagnóstico de dengue (Margulies, 2014).

Aunque la mayoría de las vecinas entrevistadas no manifiestan haber transitado distintos espacios de atención hasta dar con el diagnóstico de dengue, sí existen algunos testimonios referidos a esto. Una directora de escuela, vecina de la zona, comenta que cuando se fue a atender porque tenía malestares no la recibieron bien, se demoraron en atenderla –lo cual, como ya dijimos, remite a la dimensión organizacional del acceso– y, por lo tanto, se volvió a su casa sin el diagnóstico hasta que, más avanzada la enfermedad, con sarpullidos y dolor, “encontró un médico” que le diagnosticó dengue. También otra vecina de la misma zona señala que su hijo recibió un diagnóstico erróneo en un centro de salud y tuvo que recurrir a la guardia de un hospital de la zona días después, cuando el cuadro se agravó, quedando el niño hospitalizado. Otra vecina del mismo barrio nos indica haber concluido que tenía dengue porque su marido, que había sido diagnosticado por la obra social, tenía los mismos síntomas que ella. Esta vecina explica que circuló, sin éxito, por dos servicios de salud. De uno de ellos se fue porque había demasiada demora, y en el otro no quisieron atenderla por no ser de la zona programática, ambas experiencias ligadas a las dificultades de acceso en términos organizacionales. Por otro lado, una de las residentes del barrio cerrado también comenta al respecto que, para que le realizaran el laboratorio confirmatorio de dengue, tuvo que mentir en el hospital privado al que fue:

Yo lo que hice fue ir al X, me derivaron como a una guardia especial que había en ese momento, al chico que estaba adelante mío que se sentía exactamente igual que yo le preguntaron si había viajado y él dijo que no, así que le dijeron que seguramente tenía gripe y lo mandaron a la casa, entonces yo le dije que había vuelto recién de Uruguay, cosa que no era cierta y me hicieron el test y di positivo.

Cabe aclarar que este relato remite a la epidemia del 2016 y no al último brote, que es el que más nos interesa. Sin embargo, es valioso en tanto nos podría alertar de algunas dificultades actuales en el diagnóstico de dengue y también de las posibles estrategias que utilizan las personas para ser atendidas. En particular, resaltamos la importancia de que el diagnóstico se genere, para lograr realizar un seguimiento de la enfermedad.

Ahora bien, la falta de un diagnóstico correcto o un diagnóstico tardío no solo evidencian las limitaciones del servicio de salud sino que producen la falta o demora de notificación epidemiológica del caso y, por lo tanto, la ausencia de medidas de control de foco y bloqueo mediante pulverización en la casa de la persona afectada (MSAL, 2016b). Esto, desde la mirada biomédica, es esencial para eliminar los mosquitos adultos

infectados que pueden seguir transmitiendo la enfermedad. Por su lado, el funcionario de salud reconoce saber que hay diferencias en términos de notificaciones entre instituciones públicas y privadas y que los centros de atención privada notifican menos que los públicos, más allá de si diagnostican a tiempo o no. Esto nos hace pensar acerca de la posibilidad de que numerosas personas, en particular las que acceden a la atención privada o por obra social, eventualmente no reciban visitas de los miembros estatales para un control focal pudiendo, en algunos casos, expandirse la enfermedad a partir de esto.

En las charlas con las vecinas que se atendieron en servicios públicos y que tuvieron dengue pudimos advertir que no se generaron acciones de control de foco o pulverizaciones de químicos en el interior de sus casas. Nos queda la incertidumbre de si existieron las notificaciones o no se pudieron realizar las operaciones de control consideradas necesarias por otra razón, como la falta de personal. De cualquier forma, las ausencias o demoras de los servicios sanitarios respecto del control de focos son dificultades ya registradas, al menos en algunos municipios de Buenos Aires (Carbajo, Rubio, Viani, *et al.*, 2018). Creemos que esta falta de acciones de emergencia, además de posibilitar que el brote se expanda, podría abonar a la pérdida de lazos de los vecinos y las vecinas con los centros de salud y la esfera municipal. Es interesante destacar, sin embargo, que algunas vecinas y vecinos indican haber visto fumigaciones mediante camiones en la calle.

3.2.1.4. *¿Cuándo se debe atender el problema del dengue?*

En tanto la accesibilidad está ligada a las características que se le asignan a la enfermedad y las acciones en torno a ella que se ejecutan en los servicios de salud, consideramos interesante atender un punto crítico en el establecimiento del control del dengue: ¿cuándo actuar? Tanto en el discurso de las vecinas y vecinos como en el de los y las profesionales de salud lo que parece importar es la aparición del dengue –o bien su posible proximidad temporal– como estímulo para realizar acciones de control o atención sobre esta. En este sentido, en los centros de salud visitados no se generan acciones de descacharración en el período de invierno, sino que comienzan durante la primavera. El responsable del área de salud del municipio, el único entrevistado que afirma la realización de tareas de descacharrado en invierno, indica que durante esa estación hay también capacitaciones al personal de salud.

Las razones para la ausencia de estas actividades explicitadas por algunas agentes de salud son la falta de recursos humanos que las sostengan y la presencia de otros numerosos problemas de salud en los territorios en la época invernal que llevan a priorizar las medidas orientadas a prevenirlos. La falta de personal es sostenida como problema general de los servicios, más allá del dengue. En este marco, entonces, el dengue es caracterizado como un problema del verano: “Todo eso es un trabajo día a día y el dengue es como parte de la carteleira del menú. Nosotros sabemos que hay una época en donde se trabaja más eso (...) ahora trabajamos con las mamás que tienen pibes en situación de riesgo para que

no se les produzcan problemas respiratorios”, advierte una promotora. Como continuaremos observando en el siguiente apartado, esta caracterización es reproducida de manera similar por algunas vecinas. Una de las vecinas señala, por ejemplo, que en verano “le toca usar los insecticidas” y, en invierno, abrigarse. Es interesante aclarar que algunas agentes de salud indican que deberían sostenerse las actividades directas en época invernal –descacharrar, por ejemplo– porque “el mosquito sigue circulando en invierno”, refiriéndose al adulto. Estas explicaciones nos anuncian que la información ecológica que daría sentido científico al descacharrado en invierno no son las que circulan entre las agentes sanitarias.

3.2.2. *Sentidos de las vecinas y vecinos*

3.2.2.1. *La invisibilización del dengue y de los criaderos de Aedes aegypti*

En parcial consonancia con la mirada sobre el dengue que poseen los y las agentes de salud, las vecinas y vecinos, con algunas excepciones, parecen posicionarse sobre el dengue como un problema no prioritario en sus ámbitos de trabajo o en su vida. Además, si bien manifiestan saber las medidas de prevención contra el dengue ligadas a la eliminación y tratamiento de recipientes, se observa en sus hogares la presencia de objetos que podrían actuar como potenciales criaderos de *Aedes aegypti*. Ocurre, incluso, que en sus relatos aquellas no aparecen como las medidas más importantes de control. Las personas, en su mayoría, solo mencionan el “descacharrado” cuando son preguntadas explícitamente por esto y en general, asociando esta medida a la “limpieza” o higiene general de la casa¹⁴. Estas asociaciones, que remiten a discursos del siglo XIX, generan ciertas consecuencias negativas, como ya fue mencionado en otro trabajo anterior (Ocampo, Blois y Carbajo, 2020). En particular, esta asociación del dengue con la falta de limpieza del hogar puede contribuir a generar una mirada que restringe quiénes y por qué se pueden enfermar, limitando, en este sentido, la participación en las medidas preventivas.

Estas observaciones respecto de la ausencia concreta de un “descacharrado” podrían indicar que la posibilidad de enfermar de dengue no es un evento que esté presente en el cotidiano de las personas, y también que aquello denominado como “criadero” desde los ámbitos científicos no es observado en esos términos por las vecinas y vecinos en sus hogares particulares¹⁵. Por otro lado, esta ausencia de descacharrado no cambiaría ante la vivencia de la enfermedad, en tanto no observamos una diferencia entre los hogares de las personas que tuvieron o no dengue previamente. La única medida de cuidado que observamos recuperada de forma diferen-

¹⁴ También en el discurso de todos los agentes sanitarios se suele reemplazar, en algún momento, el concepto de descacharrar por limpieza, o bien se hace alguna alusión a la suciedad/limpieza como forma de aludir a las medidas preventivas.

¹⁵ Una vecina, por ejemplo, entendía que no podía dejar de juntar agua porque tenía animales que necesitaban beber. También una promotora afirma que los vecinos asumen que no tienen que tener bebederos para animales como medida preventiva.

cial entre las personas es el uso de repelente corporal. Algunas vecinas que tuvieron dengue reconocen usarlo en mayor medida a partir de la enfermedad o bien que antes de enfermarse, no lo usaban. Incluso entre las vecinas que no tuvieron dengue, el uso de repelente es mencionado como una estrategia de protección ante la enfermedad, en mayor medida que el descacharrado. Dos vecinas, sin embargo, problematizan la protección mediante el repelente sugiriendo que muchas personas no saben cómo usarlo correctamente.

Sumado a lo anterior, algunas personas indican no conocer casos de dengue en su barrio o que no creen que sea un problema de la zona donde viven o, incluso, que el dengue no existe. Esto nos remite a preguntarnos cuándo una epidemia es una epidemia (Herring y Swedlund, 2010). Si bien las contabilizaciones indican que el municipio sufrió un brote importante en el periodo 2019-2020 (MS.GBA, 2020), algunas personas no consideran que esto haya ocurrido en el municipio. Creemos que la falta de experiencia con la enfermedad en términos cercanos, incluso corporal, y la predominancia en los medios de comunicación de la pandemia del COVID-19 llevó a restarle presencia e importancia.

En los casos en que la enfermedad hace su aparición, en el barrio cerrado, el dengue se comportaría en clave de plaga, con algunas de sus características emotivas asociadas (Herring y Swedlund, 2010)¹⁶. Según uno de los trabajadores del barrio: “se transformó en una psicosis, había un mosquito volando y sacaban fotos.” Por el contrario, una residente del barrio cerrado indica que desconocía lo dolorosa que era la enfermedad y cree que persiste un gran desconocimiento respecto de ella.

Al contrario de lo advertido respecto del barrio cerrado, las profesionales de salud observan una mayor relajación de algunos vecinos y vecinas de otras zonas residenciales en torno a la aparición de la enfermedad, ya que indican que es asumida como una gripe o como un estado relativamente leve de malestar. Las agentes sanitarias señalan que al haber sufrido un malestar leve o no haber tenido dengue, las personas no reconocen lo doloroso del cuadro. Así, una de las jefas de un centro de salud indica: “no hay una problematización de la enfermedad, o sea, como, es como una gripe para las personas”. La misma entrevistada indica que, para ella, los vecinos y las vecinas asocian el dengue a la presencia sostenida de fiebre durante varios días y vómitos y lo minimizan, incluso no recurriendo a los servicios de salud ante la aparición de síntomas. Lo mismo indica la otra jefa del centro: “la respuesta general es...cuánta gente conocés que se murió de dengue...no es importante, no es grave”.

En algunos casos, las características vinculadas al dengue son referidas como imaginario que se deshace luego de padecer la enfermedad con cierta gravedad. Esto es confirmado por todas las vecinas que tuvieron dengue —o que cuidaron a un familiar cercano que lo tuvo—, que refieren haber pensado que el dengue era otra cosa y haberse asombrado por lo doloroso del cuadro: “Yo no creía en eso igual, que era tan así, tan fuerte,

yo decía ¡ay, si es un mosquito de mierda! No le daba ni bola hasta que me paso a mí y ahí si lo creí”. O en las palabras de otra vecina: “Sabía más o menos, por ellos que tuvieron antes, pero no pensé que iba a ser tan doloroso, no me habían dicho eso”.

3.2.2.2. *Los mosquitos como problema y posibles soluciones implementadas*

Si la enfermedad es tematizada de diversas formas según quién sea la persona entrevistada, en general, pudimos advertir una visión común de los mosquitos como aquello que principalmente hace al dengue. Creemos que el énfasis en las medidas preventivas de “descacharrado” como parte de la construcción que el sistema de salud médico hace del dengue —reproduciendo conocimiento proveniente de la ecología— podría contribuir a operar una sinonimia entre el mosquito —de forma genérica en algunos casos, en otros como una especie particular— y la enfermedad (Margulies, 2014) en el discurso de algunas vecinas e, incluso, en algunas agentes de salud. Así, en algunos casos se menciona como chikungunya, zika o dengue al propio mosquito, incluso cuando, a lo largo de la conversación, se evidencia la diferencia entre la enfermedad y el mosquito.

Por otro lado, los mosquitos aparecen como problema o molestia en sí mismos (más allá de reconocer, en algunos casos, su potencial transmisión de enfermedades) para las vecinas y vecinos tanto del barrio cerrado como de otras zonas cercanas a los centros de salud. Así, las soluciones deseadas son la fumigación recurrente durante el verano, y, en segundo lugar, las mejoras estructurales como pavimentar las calles.¹⁷ Varias personas también consideran que la prevención depende de la conciencia de cada una, reproduciendo de esta forma el mensaje de los servicios de salud. En particular, en el barrio cerrado, la falta de cumplimiento de las responsabilidades individuales sobre el hogar es multada, por ejemplo, ante la presencia de posibles criaderos de mosquitos.

En relación con las fumigaciones, en el municipio, al contrario de lo que solicita la mayoría de las vecinas y vecinos, estas quedan circunscriptas a los brotes de dengue, para su contención. Es interesante señalar en este punto la tensión que dejan ver las posiciones de algunas promotoras de salud ante la falta de fumigaciones preventivas en los barrios, las cuales creen necesarias en alguna medida. En estos conflictos por la pertinencia de la fumigación podemos observar también una disputa entre saberes “expertos” y “no expertos” (Petersen y Lupton, 1996) respecto de lo deseado en una situación. Consideramos que estas confrontaciones en torno a la realización de la fumigación también llevan a otorgarle menor credibilidad a las acciones municipales, y, por lo tanto, limitar la accesibilidad psico-socio-cultural.

Ahora bien, resulta aquí significativo señalar cómo ante la ausencia de las fumigaciones deseadas, las vecinas y vecinos plantean diversas estrategias —que involu-

¹⁶ “...las señas de identidad de la peste: ciclos de vergüenza y culpa, discursos estigmatizantes, aislamiento de los enfermos, miedo al contagio y escenarios del fin del mundo.” (Herring y Swedlund, 2010: 4).

¹⁷ Consideramos que, en los casos de demandas de mejoras estructurales, el dengue es entendido como una enfermedad más que se produce por las condiciones ambientales o de infraestructura desatendidas.

cran, en buena medida, saberes populares— para lidiar con los mosquitos, lo cual destaca su continua molestia y la necesidad de atención.¹⁸ Algunas vecinas indican el rociado intensivo de insecticidas (“mata moscas y mosquitos”) en el interior de las casas y, luego, el cerramiento de las puertas y ventanas para evitar el ingreso de los mosquitos. Otras personas utilizan espirales o pastillas para el ambiente, para repeler, o queman pasto, basura, “maples de huevos” para ahuyentarlos con el humo. También se usa el repelente corporal, en algunos casos con una utilización restringida por el rechazo del olor que genera. En ese sentido, la propia jefa de uno de los centros de salud explica que se realizaban talleres para enseñarles a los vecinos y las vecinas de una zona del barrio a preparar repelentes caseros con diversas hierbas de fácil acceso. Una vecina, que expresa haber vivido en Salta, comenta que en el campo se usa mucho quemar excremento de caballo para repeler a los mosquitos con el olor y humo y que ella aún intenta utilizar eso para el patio. De la misma manera, el compartir prácticas y conocimientos populares para la construcción de repelentes desde el centro de salud informa sobre la articulación transaccional (Menéndez, 2009) y convivencia de saberes o formas de atención que existe entre el sistema de salud biomédico y las vecinas y vecinos. En este compartir experiencias que van más allá de otorgar información biomédica creemos que puede encontrarse un andamiaje que favorezca la accesibilidad psico-socio-cultural.

En coincidencia con lo mencionado por las vecinas y vecinos en los barrios denominados por las agentes de clase media y baja¹⁹, en el barrio cerrado las fumigaciones son demandadas con más urgencia cuando los mosquitos se incrementan. En particular, en el barrio cerrado se indica que estas también se demandan con intensidad cuando aparece algún caso de dengue al interior del *country*. Es conveniente resaltar, sin embargo, que el barrio cerrado posee fumigaciones periódicas en los meses de verano como parte de los servicios de mantenimiento del complejo. En este sentido, la fumigación se convierte en parte de los servicios privados que se le demanda a la administración del barrio, en lugar de a la municipalidad.

3.2.2.3. *Cuando el dengue se hace presente: ¿qué hacer? ¿desde cuándo y hasta cuándo hay padecimiento?*

Las cuestiones vinculadas al momento de consulta por síntomas de dengue y las prácticas de cuidado una vez establecida la enfermedad conforman también el escenario que venimos abordando. Estas cuestiones están vinculadas, en parte, a cómo los vecinos y las vecinas del municipio viven la presencia de la enfermedad y la necesidad de curadores y curadoras profesionales y, por lo tanto, remite fuertemente a la accesibilidad psico-

socio-cultural. Las vecinas y vecinos y las profesionales de salud entrevistadas mencionan al respecto que las personas suelen asistir con cierta demora a los centros de salud, luego de atenderse ellas mismas de diversas y simultáneas maneras (Menéndez, 2005; 2009), desde el uso de diferentes hierbas curativas al uso de antitérmicos.²⁰ Otras agentes sanitarias señalan que un cierto porcentaje de personas que asisten a los centros de salud llegan cuando tienen cuadros avanzados o graves de cualquier enfermedad. Por ejemplo, algunas personas expresan claramente automedicarse ante los primeros síntomas de la enfermedad, sin conocer el diagnóstico, y continuar trabajando, hasta que, por el aumento del malestar, deciden asistir a un servicio de salud. También en una conversación se explica que algunas personas concurren a las enfermeras para obtener medicación, pero que estas se ven imposibilitadas de otorgárselas al no ser médicas, generándose conflictos que no resuelven el problema de salud por el cual se demanda.

Respecto de la forma en que algunas de las personas transitan la enfermedad, las agentes sanitarias comentan que, en algunos casos, los vecinos y las vecinas suelen no permanecer en aislamiento ante la convalecencia con dengue, en particular, por necesidad de salir a trabajar igual y/o por considerar que la enfermedad “ya pasó”. Esto nos lleva a pensar que, quizás, una persona en estas poblaciones se define a sí misma como enferma solo si los síntomas son suficientemente intensos como para impedir las acciones de la vida diaria. Una de las jefas del centro aclara: “me parece que se minimiza la salud en general”, para referirse a la falta de atención que observa de los vecinos y las vecinas sobre sus problemas de salud, en particular, en un asentamiento urbano de la zona. Vale decir que no hallamos a ninguna persona que expresara su experiencia en estos términos respecto del aislamiento por dengue, solo una vecina indicó que no se había aislado por considerar que la enfermedad no era contagiosa.

Al referirse a las formas de cuidado durante la enfermedad, algunas de las personas que tuvieron dengue y que fueron entrevistadas al respecto, coinciden en que no usaron repelente dentro de sus hogares durante el período en que la fiebre perdura, como parte de la etapa de viremia, sino que solo hicieron reposo y tomaron paracetamol. Esto indica que ciertas medidas de autoatención para evitar que otras personas del hogar o la manzana pudieran contagiarse no se tomaron. Algunas de las profesionales de salud también aclaran que el costo de los repelentes e insecticidas es un obstáculo más para evitar las picaduras de los mosquitos. En relación con esto, una vecina del barrio cerrado comenta haber conocido numerosos casos en una misma familia conviviente, explicando esta situación como desconocimiento respecto de las medidas de cuidado personales a tomar una vez contraída la enfermedad.

Finalmente, advertimos diferencias entre las personas que tuvieron dengue en cuanto al conocimiento de la posibilidad de un cuadro más grave en el futuro. La mayoría reconocen saber que si sufren nuevamente la

¹⁸ Estas actividades pueden ser consideradas como parte de los procesos de autoatención de los grupos de vecinos y vecinas (Menéndez, 2006).

¹⁹ La clase media es muy heterogénea, por lo tanto, consideramos que algunos residentes del barrio cerrado también podrían ser caracterizados de esta forma. Nos remitimos en la caracterización a la descripción de los agentes sanitarios en cuanto al territorio.

²⁰ Es pertinente para este caso la afirmación acerca de “la decisión de ir a consultar a un curador profesional y una parte de las actividades, que se realizan tras la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención” (Menéndez, 2005: 58).

enfermedad esta puede traer hemorragias, pero algunas pocas desconocen esto y dicen que nadie les advirtió de la situación. Esto puede estar indicando información biomédica que no fue socializada en las instancias de consulta, viéndose, en algún punto, limitada la continuación del cuidado en los hogares. A su vez, este desconocimiento podría generar una construcción particular de la enfermedad en la cual esta no tiene consecuencias a futuro.

4. Conclusión

A lo largo de este trabajo, centrándonos particularmente en un municipio de la provincia de Buenos Aires, quisimos observar cómo las dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, considerado de forma amplia, podrían estar vinculadas a la aparición de brotes de dengue. En particular, compartimos algunos obstáculos encontrados en torno al acceso en su dimensión organizacional y psico-socio-cultural. Encontramos que el estilo de vida como comportamiento de riesgo que enuncian las agentes de salud queda vinculado al posicionamiento del descacharrado como la principal acción de control en torno al dengue, ubicando a los mosquitos como el problema a atender. Así, los intentos por visibilizar los mosquitos pueden tender a invisibilizar a los grupos humanos y sus relaciones, en particular, las de los sistemas de salud y las personas que los usan.

El concepto de riesgo es central en este movimiento que invisibiliza. Es un constructo que se tornó objeto privilegiado de la epidemiología tradicional, con múltiples significados (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009) y que desde la antropología médica se erige como un concepto construido socialmente (Suarez, Beltran y Sanchez, 2006). De esta forma, el saber experto puede enunciar un riesgo como “real” de formas muy diferentes a aquellas que son vividas por las comunidades locales. Las personas construyen categorías en relación con la enfermedad y el riesgo según la inserción en el sistema social, y, por lo tanto, de acuerdo con ciertos significados previos. Así, establecen conductas que, desde el conocimiento experto, pueden ser identificadas como riesgosas pero que en cierto marco presentan una funcionalidad en los vínculos sociales atravesados por la inequidad.

La permanencia de lo biológico ante la variabilidad social parece ser propia de la forma médica de conceptualizar la naturaleza de la enfermedad como previa y universal a las y los sujetos (Helman, 1981; Margulies, 2014) y, entonces, como característica del modelo médico hegemónico. Sin embargo, en los discursos de las y los agentes de salud observamos que las generalizaciones que aparecen como parte del *deber ser* que le proponen a los vecinos y las vecinas, ligado al cambio de conductas, son tensionadas, en algunas instancias, por sus acercamientos a las condiciones singulares de ciertas poblaciones (Margulies, 2014). En este sentido, creemos que parte de las dificultades de acceso psico-socio-cultural que observamos estarían ligadas a que los servicios de salud no logran apropiarse, en sus normativas, de estas diversidades que los y las agentes, que son parte de estos, reparan en sus prácticas cotidianas. El *deber ser* de los servicios de salud, sujeto al modelo

médico hegemónico —y su preponderancia en el campo de la educación para la salud— propone un ideal de sujeto que niega las diferencias sociales de clase, de género, de edad o de etnia (Peterson y Lupton, 1996; Estermann Meyer, Falleiros de Mello, Marcos Valadão, *et al.*, 2006). Nos preguntamos entonces en qué medida las tensiones (y sus intentos de resolución) entre el *deber ser* y lo que efectivamente encuentran los y las agentes sanitarias en sus prácticas habilitan algún tipo de incremento del acceso psico-socio-cultural a los servicios: ¿esa tensión da más espacio para el encuentro entre actores y actoras?

En una reflexión sobre esta pregunta, creemos que la homogenización en los objetivos y en la forma que toman las acciones predominantes del sistema de salud intenta compensarse con el trabajo individual de las agentes sanitarias. De esta manera, la contextualización de algunas de las acciones, que creemos necesaria para lograr un acercamiento entre los servicios de salud y los vecinos y las vecinas, queda sujeta a la disposición de estas agentes sanitarias, a la posibilidad individual, en gran medida de las promotoras, de conocer las experiencias particulares de los vecinos y las vecinas y adaptar las normativas a sus necesidades y visiones. En este contexto, el acceso psico-socio-cultural parece quedar anclado, al menos en parte, a cómo los y las agentes de salud individuales del servicio resuelven las tensiones entre el *deber ser* y los saberes de las poblaciones a las que atienden.

A lo largo del recorrido del trabajo se hicieron evidentes posiciones coincidentes y contrastantes entre las vecinas y vecinos y las y los agentes de salud respecto del dengue. Resulta aquí interesante recuperar aquellas posiciones para visibilizar con más precisión el enfoque relacional del problema que quisimos compartir, y otorgar espacio a algunas propuestas que surgen de la inquietud por pensar soluciones a las situaciones advertidas en nuestro abordaje. Creemos que aún en un contexto neoliberal, que lleva asociado políticas y subjetividades que agudizan las inequidades sociales, el acercamiento etnográfico nos permite reparar en ciertos desencuentros que podrían intentar abordarse con soluciones relativamente realizables.

Por un lado, al esfuerzo comunicacional de las medidas preventivas que realiza el equipo de salud se opone la ausencia del “descacharrado” en los hogares de las vecinas y vecinos, al menos en el momento de realizar las visitas. Estas medidas orientadas a los criaderos de los mosquitos se comprenden como limitadas ante el problema del dengue para la mayoría de las vecinas y vecinos que, entonces, apelan a la necesidad de otras prácticas como la fumigación y las mejoras en las infraestructuras del barrio. Así, por un lado, el problema del dengue aparece de forma más amplia para las vecinas y vecinos que para los y las agentes de salud, y, por ello también, las soluciones propuestas son menos restrictivas. A su vez, el repetido énfasis en las fumigaciones por parte de las vecinas y vecinos nos hace pensar en la confianza generalizada en las soluciones técnicas a los problemas de salud. Por otro lado, nos parece importante repensar qué efectividad tiene la estrategia comunicacional del municipio y, como indica Estermann Meyer, Falleiros de Mello, Marcos Valadão, *et al.* (2006: 1337) “¿cómo y por qué la información es comu-

nicada?”. En este sentido, y para lograr un mayor acceso psico-socio-cultural, sería promisorio un horizonte que contemple la posibilidad de discutir ampliamente con los vecinos y las vecinas los objetivos de la educación para la salud que se recuperan en estos espacios. Comprendemos que la generación de estos diálogos puede implicar cambios y decisiones que exceden a lo realizable por un municipio. Sin embargo, creemos que las experiencias de conformación de COEs con referentes barriales pueden contribuir en esta dirección, en tanto estos se sostengan en el tiempo, se propaguen por el municipio y logren que sus demandas sean, en alguna medida, respondidas. Claramente una implementación más sostenida de los COEs y las respuestas a las demandas que nazcan de estos espacios implican el apoyo de las esferas nacionales y provinciales de estas iniciativas.

Un punto de coincidencia entre las y los agentes sanitarios y las vecinas y vecinos, excepto quienes residen en el barrio cerrado, es la minimización de la problemática del dengue en el discurso de estas últimas. Sin embargo, aquellas personas que tuvieron una experiencia corporal o cercana de dengue presentan un acentuado reconocimiento de la gravedad de la enfermedad que desarma este imaginario previo. Nos preguntamos, entonces, si sería útil, como una forma de socializar saberes y visibilizar la dolencia, compartir las experiencias de las personas que ya transitaron el dengue entre los vecinos y las vecinas. Estas socializaciones podrían ser parte del funcionamiento de los COEs y al mismo tiempo difundirse gráficamente. Estas acciones podrían, además, atentar contra la exclusividad del discurso oficial que el sistema médico posee sobre la enfermedad, posibilitando un escenario de saberes más simétrico y una ampliación en la accesibilidad psico-socio-cultural. Esto implicaría reubicar en escena al padecimiento (Helman 1981; Margulies, 2014).

También notamos un punto de encuentro en el rol asignado a los mosquitos en la enfermedad. Las y los agentes de salud, en su mayoría, apuntan al control de *Aedes aegypti*, no obstante, en la experiencia de las vecinas y vecinos, los mosquitos, de manera general, resultan un problema o molestia, más allá del dengue. De esta forma, creemos que atender estas preocupaciones de las personas respecto de la molestia que representan los mosquitos posibilitaría nuevas acciones de la municipalidad y un mayor acercamiento entre los servicios de salud y las vecinas y vecinos, como consecuencia. Es decir, implicaría alentar la ejecución de actividades que contribuyan con la disminución de los mosquitos en general o la evasión de sus picaduras, por ejemplo, con la entrega gratuita de repelentes –en particular en contextos de brote–, o bien incluyendo la eliminación de otras especies de mosquitos que no transmiten estas enfermedades a través del saneamiento de las zanjas.

Otro punto que nos interesa recuperar es la diversidad de prácticas en torno al cuidado de los mosquitos por parte de las vecinas y vecinos y el aumento del uso de repelente en aquellas personas que ya tuvieron la enfermedad. Desde ya que un diálogo más abierto entre los y las agentes de salud y los vecinos y las vecinas en torno a la autoatención –por ejemplo, la posibilidad o no de realizar aislamientos y utilizar repelentes– podría contribuir a mejorar la protección ante la enfermedad. Siguiendo a Menéndez (2005), creemos que el sector

salud podría intencionalmente aprovechar los procesos transaccionales –la articulación entre los servicios de salud y la autoatención–, en particular, en las consultas médicas. A su vez, reconocemos en algunas vecinas entrevistadas que tuvieron dengue la falta de información biomédica. Podemos considerar que una mejora en la calidad del diálogo que se establece ante la consulta con dengue podría contribuir a solucionar esto, como también la posibilidad de realizar un seguimiento diario telefónico de las personas enfermas. Este punto, relativo a la limitada continuación de los cuidados personales en los hogares, consideramos que es de particular relevancia ya que atenderlo podría contribuir en la mejora de los programas de control de dengue. De cualquier forma, estas medidas también podrían requerir alargar los tiempos de consulta de los y las profesionales de salud y mejorar la organización al interior de los servicios, lo cual siempre implica un reacomodamiento del sistema de salud general, que llevaría a depender de decisiones más allá de la esfera municipal.

De la misma manera, observamos algunas situaciones en las que no existió una notificación epidemiológica rápida del caso porque no hubo un diagnóstico de dengue en los servicios de salud o bien porque este fue tardío. En este sentido, mejorar el diagnóstico de dengue, en particular en ausencia de un contexto epidemiológico de brote, creemos que es muy relevante para evitar las epidemias. Así, que los y las profesionales clínicos puedan compartir sus experiencias en las prácticas médicas de cada área programática también podría contribuir con ello, en particular por el recambio técnico que pueden tener los servicios sanitarios. De igual forma, la generación de estos espacios de intercambio de experiencias clínicas podría requerir, como ya dijimos, mayores modificaciones del sistema de salud en general. A su vez, también sería interesante continuar investigando que recepción tienen los comunicados oficiales, como las alertas epidemiológicas, entre las y los profesionales de salud para explorar posibles fallas en los diagnósticos de los primeros casos.

En relación con lo anterior, notamos que en numerosas ocasiones las personas que tuvieron dengue no recibieron visitas de agentes de salud para realizar un control de foco y fumigaciones en el domicilio, como los servicios de salud indican realizar. Queda el interrogante de las razones de esto. Algunas alternativas se vinculan con la falta de diagnóstico, la posible demora o ausencia en las notificaciones del caso sospechoso o bien, ante la falta de personal, la imposibilidad de cubrir a todas las personas enfermas. En el primer caso, nos parece relevante investigar qué ocurre efectivamente en los servicios privados para que la notificación ocurra tarde o no ocurra. Por otro lado, en los servicios públicos, una posibilidad sería realizar “capacitaciones” con cierta frecuencia referidas a los circuitos locales de información, es decir, sobre cómo notificar un caso de dengue, a dónde enviar la información y la importancia de gestionarlo rápidamente. Otra estrategia podría ser nombrar un cierto número de agentes sanitarios por servicio que se encarguen de realizar estos procedimientos y a los cuales se les pueda derivar y consultar inquietudes en la práctica cotidiana. Cabe aquí aclarar que estas iniciativas necesitarían también de la fuerte colaboración entre la secretaría de salud municipal y las diversas obras sociales

o privados de los cuales dependen algunos servicios de salud. Para ello, inferimos, también sería necesaria una coordinación provincial y/o nacional.

Por último, no quisiéramos dejar de enfatizar un aspecto que hace a la totalidad del trabajo: la fuerte imbricación de las dimensiones organizacionales y psico-socio-cultural del acceso que se hacen visibles en el caso

del dengue. Como ya dijimos, la separación en dimensiones resulta fundamentalmente operativa. Así, nuestra pretensión durante este recorrido fue visibilizar ciertos aspectos del acceso que hacen a las epidemias del dengue, no como explicación última del problema sino como una forma de identificar aspectos que creemos valiosos de ser atendidos.

5. Referencias bibliográficas

- Abreu de Jesus, Washington Luiz; Araújo Assis, Marluce Maria (2010). "Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento". *Ciência y saúde coletiva*, 15, 1: 161-170. doi: 10.1590/S1413-81232010000100022
- Almeida Filho, Naomar; Castiel, Luis David; Ayres, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2009), "Riesgo: concepto básico de la epidemiología." *Salud Colectiva*, 5, 3: 323-344
- Álvarez, Adriana (2010). *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Buenos Aires: Editorial Biblos.
- Ardila Pinto, Fabián; Martínez, Sandra; Fuentes, Mauricio; et al. (2015). "Análisis de las demoras en salud en personas que enfermaron de gravedad o fallecieron por dengue en cinco ciudades de Colombia." *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 2: 571-592. doi: 10.1590/S0103-73312015000200013
- Ballesteros, Matías (2014). *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de la Argentina a partir de datos secundarios*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigguba/20151022054933/dji41.pdf> [Consulta: 26-02-2022]
- Berg, Marc (1992). "The construction of medical disposals Medical sociology and medical problem solving in clinical practice". *Sociology of Health & Illness* 14, 2: 151-180.
- Breilh, Jaime (2015). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Briggs, Charles L. (2003). "Why nation-states and journalists can't teach people to be healthy: power and pragmatic miscalculation in public discourses on health". *Medical Anthropology Quarterly*, 17, 3: 287-321.
- Briggs, Charles L.; Mantini-Briggs, Clara (2003). *Stories in the Time of Cholera: Racial Profiling during a Medical Nightmare*. Berkeley: University of California
- Brown, Wendy (2017). *El pueblo sin atributos. La secreta revolución del neoliberalismo*. Barcelona; México; Buenos Aires; Nueva York: Malpaso editorial.
- Bulled, Nicola; Puffer, Matthew (2017). "Introduction: Thinking through resistance" en Nicola Bulled (ed.). *Thinking through resistance. A study of public oppositions to contemporary global health practice*. New York; London: Routledge, 1-22.
- Carabalí, Mabel; Hendrickx, David (2012). "Dengue and health care access: the role of social determinants of health in dengue surveillance in Colombia". *Global Health Promotion*, 19, 4: 45-50. doi: 10.1177/1757975912464250
- Carbajo, Aníbal E.; Rubio, Alejandra; Viani, María J.; et al. (2018). "The largest dengue outbreak in Argentina and spatial analyses of dengue cases in relation to a control program in a district with sylvan and urban environments". *Asian Pacific Journal of Tropical Medicine*, 11, 3: 227-234. doi: 10.4103/1995-7645.228438
- Carter, Eric D. (2012). *Enemy in the blood: malaria, environment, and development in Argentina*. Tuscaloosa AL: University of Alabama Press.
- Castro, Arachu; Khawja, Yasmin; Johnston, James (2010). "Social inequalities and dengue transmission in Latin America" en D. Ann Herring, Alan C. Swedlund (eds.). *Plagues and Epidemics. Infected Spaces Past and Present*. Oxford; New York: Berg, 231-251.
- Comes, Yamila; Stolkiner, Alicia (2005). "'Si pudiera pagaría': Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales". *Anuario de Investigaciones*, 22: 137-143.
- Dusfour, Isabelle; Chaney, Sarah C. (2021). "Mosquito control: Success, failure and expectations in the context of arbovirus expansion and emergence" en Marcus Hall y Dan Tamir (eds.). *Mosquitopia. The place of pests in a healthy world*. London: Routledge, 213-234.
- Estermann Meyer, Dagmar E.; Falleiros de Mello, Débora; Marcos Valadão, Marina; et al. (2006). "'Você aprende. A gente ensina?': interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade". *Cadernos de Saúde Pública* 22, 6: 1335-1342. Doi: 10.1590/S0102-311X2006000600022
- Freidin, Betina; Ballesteros, Matías; Wilner, Agustín (2019). "Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires". *Saúde e Sociedade*, 28, 4: 73-86. doi: 10.1590/S0104-12902019170987
- Garbus, Pamela (2012). "Accesibilidad a la atención en salud. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda". *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 22, 1: 15-25.
- Garelli, Fernando M.; Dumrauf, Ana G. (2021). "Una mirada al campo de la educación en salud: hegemonía, pandemia y alternativas". *Espacio Abierto*, 30, 2: 100-116. doi: 10.5281/zenodo.4966140
- Gordon, Deborah R. (1988). "Tenacious assumptions in western medicine" en Margaret Lock y Deborah R. Gordon (eds.). *Biomedicine examined*. Dordrecht; Boston; London: Kluwer Academic Publishers, 19-57.
- Gottero, Laura (2012). "Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: Agentes comunitarios, participación social y educación en salud". *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1, 1: 61-85.
- Gurevitz, Juan M; Antman, Julian G.; Laneri, Karina; et al. (2021). "Temperature, traveling, slums, and housing drive dengue transmission in a non-endemic metropolis". *PLoS Neglected Tropical Diseases* 15, 6. doi: 10.1371/journal.pntd.0009465
- Hall, Marcus; Tamir, Dan. (2021). "Killing mosquitoes: Think before you swat", en Marcus Hall y Dan Tamir (eds.). *Mosquitopia. The place of pests in a healthy world*. London: Routledge, 3-16.

- Helman, Cecil G. (1981). "Disease versus illness in general practice". *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 31, 230: 548–552.
- Herring, D. Ann; Swedlund, Alan C. (2010) "Plagues and Epidemics in Anthropological Perspective" en D. Ann Herring y Alan C. Swedlund (eds.). *Plagues and Epidemics. Infected Spaces Past and Present*. Oxford; New York: Berg, 1-21.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos -INDEC- (2021) Informes técnicos. Vol. 5, n° 200 *Indicadores de condiciones de vida de los hogares en 31 aglomerados urbanos*. Disponible en: https://www.indec.gov.ar/uploads/informesdeprensa/eph_indicadores_hogares_11_212835481506.pdf [Consulta: 26 -02- 2022].
- Keck, Frédéric; Kelly, Ann H.; Lynteris, Christos (2019). "Introduction: the anthropology of epidemics" en Frédéric Keck, Ann H. Kelly y Christos Lynteris (eds.). *The Anthropology of Epidemics*. Londres: Routledge, 1-25.
- Khun, Sokrin; Manderson, Lenore (2007). "Health seeking and access to care for children with suspected dengue in Cambodia: An ethnographic study". *BMC Public Health*, 7, 1: 262. doi: 10.1186/1471-2458-7-262
- Landini, Fernando; González Cowes, Valeria; D'Amore, Eliana (2014). "Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural". *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 2: 231-244. doi: 10.1590/0102-311X00030313.
- Long, Norman (2007). *Sociología del desarrollo: una perspectiva centrada en el actor*. México DF: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Margulies, Susana (2014). *La atención médica del VIH-Sida. Un estudio de antropología de la medicina*. Buenos Aires: Editorial Facultad de Filosofía y Letras, UBA.
- Marmot, Michael (2005). "Social determinants of health inequalities". *Lancet*, 365: 1099–1104
- Menéndez, Eduardo L. (1998). "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos* 16, 46: 37-67. doi:10.24201/es.1998v16n46.638
- (2006). "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". *Revista de Antropología Social*, 14: 33 - 69. doi: 10.5209/rev_RASO.2005.v14.10249
- (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 -MSAL- (2016a). *Boletín integrado de vigilancia* N° 324. Semana 34. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/boletin-integrado-de-vigilancia-n324-se34.pdf> [Consulta: 26 -02- 2022].
- (2016b). *Directrices para la prevención y control de Aedes aegypti* Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000235cnt-01-directrices-dengue-2016.pdf>. [Consulta: 22 -04- 2020].
- (2020). *Boletín integrado de vigilancia* N° 507. Semana 31 Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/biv_507_se_31.pdf [Consulta: 26 -02- 2022].
- Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Buenos Aires -MS.GBA- (2020). *Boletín epidemiológico*. Semana 29. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/Bolet%C3%ADn-EPI-29.pdf> [Consulta: 26 -02- 2022].
- Nading, Alex (2014). *Mosquito trails. Ecology, health, and the politics of entanglement*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Ocampo, Carolina; Blois, Paula; Carbajo, Aníbal (2020). "El dengue, ¿un problema para quién?" *Scripta Ethnologica*, 42: 65-96.
- Ocampo, Carolina; Blois, Paula; Gómez, Lilen; et al. (2021). "Saberes que se privilegian, seguridades que se contabilizan: Estrategias de control de dengue en un municipio de Buenos Aires (Argentina)" *Papeles de trabajo*, 42: 144-161.
- Ocampo, Carolina; Busan, Tomas; Rodríguez, Esteban; et al. (2021). "El dengue en su laberinto: políticas mosquitocentradas." en Federico Bernabé, Federico di Pasquo, Leandro Giri, et al. (eds.). *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica. Vol. 1: Ambiente y sociedad/Política científica*. Buenos Aires e São Carlos: Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC), 72-87.
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Determinantes sociales de la salud*. Ginebra: OMS. http://www.who.int/social_determinants/es/ Acceso: 1/7/2020
- Petersen, Alan; Lupton, Deborah (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Sánchez, Claudia Hormiga; Cortes García, Claudia; Fajardo, Yaneth Becerra; et al. (2020) "Significados de las fiebres del dengue, chikungunya y zika e itinerarios terapéuticos en un municipio endémico de Colombia". *Saúde e Sociedade*, 29, 3. doi: 10.1590/s0104-12902020190093.
- Segata, Jean (2021). "Enacting politics with mosquitoes: Beyond eradication and control" en Marcus Hall y Dan Tamir (eds.). *Mosquitopia. The place of pests in a healthy world*. London: Routledge, 165- 183.
- Spinelli, Hugo (2020). "Construir una nueva hegemonía institucional en el campo de la salud". *Salud Colectiva*, 16. doi: 10.18294/sc.2020.3360
- Suárez, Roberto; Beltrán, Elsa María; Sánchez, Tatiana (2006). "El sentido del riesgo desde la antropología médica: consonancias y disonancias con la salud pública en dos enfermedades transmisibles." *Antípoda*, 3: 123-154.
- Svampa, Maristella (2008). *Los que ganaron. La vida en los countries y barrios privados*. Buenos Aires: Biblos.
- Vezzani, Dario (2007). "Review: Artificial container-breeding mosquitoes and cemeteries: A perfect match". *Tropical Medicine and International Health*, 12, 2:299-313. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01781.x