



Paris
Johanna Orduz

El dengue y la diversidad: lo que silencia la epidemiología clásica

<https://doi.org/10.25058/20112742.n46.10>

CAROLINA OCAMPO MALLOU^{1,2,3}

<https://orcid.org/0000-0002-1172-6910>.

caro.ocampo.mallou@gmail.com

Universidad Nacional de San Martín / Conicet, Argentina

PAULA BLOIS^{2,4}

<https://orcid.org/0000-0001-7352-0945>

paublois@yahoo.com.ar

ESTEBAN RODRÍGUEZ^{2,5}

<https://orcid.org/0000-0002-3756-7049>

estebanhrodriguez@hotmail.com

FEDERICO DI PASQUO^{2,6}

<https://orcid.org/0000-0001-5907-2437>

dipasquof@yahoo.com.ar

GUILLERMO FOLGUERA^{2,7}

<https://orcid.org/0000-0002-4990-7039>

guillefolguera@yahoo.com.ar

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Cómo citar este artículo: Ocampo Mallou, C., Blois, P., Rodríguez, E., di Pasquo, F. & Folguera, G. (2023). El dengue y la diversidad: lo que silencia la epidemiología clásica. *Tabula Rasa*, 46, 213-236. <https://doi.org/10.25058/20112742.n46.10>

Recibido: 12 de septiembre de 2022

Aceptado: 07 de febrero de 2023

¹ Ecología de enfermedades transmitidas por vectores, Instituto de Investigación e Ingeniería Ambiental (Illa-Conicet, Universidad Nacional de San Martín (UNSAM).

² Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

³ Becaria doctoral Conicet, Lic. en Ciencias Biológicas

⁴ Dra. en Antropología.

⁵ Maestrando en antropología social, Flacso.

⁶ Dr. en Ciencias Biológicas, investigador adjunto Conicet.

⁷ Dr. en Ciencias Biológicas, investigador independiente Conicet.

Resumen:

En Argentina, en el período 2019-2020 se experimentó el mayor brote de la historia del dengue en el país. Nuestro objetivo es comprender los sentidos que diferentes agentes de salud y vecinos y vecinas en un municipio de Buenos Aires le dan a la *comunidad*, a las diferencias de *clases sociales*, y a la presencia de *migrantes*, en relación con el dengue. Para esto, realizamos entrevistas semiestructuradas en 2021. Observamos que los y las agentes de salud recuperan las diferencias de clase social como un aspecto relevante para la intervención en dengue y mencionan dificultades de participación por parte de lo que denominan clases medias y altas. También encontramos que los y las agentes de salud asocian la movilidad de las y los migrantes con las epidemias de dengue. Sin embargo, en esta interpretación hay incertidumbres y se amplía al considerar otros factores.

Palabras clave: dengue; agentes de salud; prevención; inequidad social; Argentina.

Dengue Fever and Diversity: What Classical Epidemiology Keeps Silent

Abstract:

Argentina experimented the worst outbreak of dengue fever ever in 2019-2020. We aim to understand the meanings that different healthcare agents and neighbors in a Buenos Aires district give to the notions of *community*, to the differences of *social classes*, and to the presence of *migrants*, in relation to dengue fever. To achieve our aim, we carried out semi-structured interviews throughout 2021. We observed that hea

lthcare agents retrieve social class differences as a relevant aspect in dealing with dengue fever intervention, and that they refer to the difficulties of participation by what they call middle and high classes. Additionally, we found that healthcare agents relate migrant mobility to dengue fever epidemics. However, this interpretation contains uncertainties and is broadened when considering other factors.

Keywords: Dengue fever; healthcare agents; prevention; social inequity; Argentina.

A dengue e a diversidade: o que silencia a epidemiologia clássica

Resumo:

Na Argentina, no período 2019-2020, experimentou-se o maior surto da história da dengue no país. Nosso objetivo é compreender os sentidos que diferentes agentes de saúde e vizinhos e vizinhas em um município de Buenos Aires dão à *comunidade*, às diferenças de *classes sociais* e à presença de *migrantes*, em relação com a dengue. Para tanto, realizamos entrevistas semiestructuradas em 2021. Observamos que os e as agentes de saúde consideram as diferenças de classe um aspecto relevante para a intervenção da dengue e mencionam dificuldades de participação por parte do que denominam classes médias e altas. Também encontramos que os e as agentes de saúde associam a mobilidade das e dos migrantes com as epidemias da dengue. No entanto, nessa interpretação há incertezas que ficam maiores quando outros fatores são considerados.

Palavras-chave: dengue; agentes de saúde; prevenção; inequidade social; Argentina.

Introducción

El dengue, según la definición médica (OMS, 2022), es una arbovirosis transmitida a través de las picaduras de las hembras del género *Aedes sp.* El ascenso en la incidencia de esta enfermedad en los últimos años es una preocupación creciente para la salud pública de América Latina, en tanto las repetidas epidemias de dengue saturan los servicios sanitarios de los países y aumenta la severidad del cuadro clínico y la mortalidad. En Argentina, en el período 2019-2020 se experimentó el mayor brote en la historia de la enfermedad en el país. Además, se estima que esta situación podría agravarse en el futuro, en tanto la mayoría de las personas que son residentes de Argentina viven en las ciudades (INDEC, 2010), con los marcados conflictos y desigualdades socioeconómicas que estas presentan. En este sentido, algunos artículos sobre la epidemiología del dengue en Argentina afirman que las ciudades, por su gran densidad poblacional y la gran cantidad de potenciales criaderos de *Aedes sp.* que ofrecen, se despliegan como los espacios más propicios para la circulación de la enfermedad (Carbajo *et al.*, 2018a). Recientemente una investigación desarrollada en el país señaló que existe una tasa de seroprevalencia de dengue del 24,5 % para la región del AMBA, indicando la alta circulación del virus en la zona más urbanizada del país, en comparación con otras áreas (Flichman *et al.*, 2022). Así, Buenos Aires se erige como la provincia en la que se registran más casos de dengue en términos absolutos (MSAL, 2020). A su vez, en la última epidemia se observaron en AMBA dos serotipos de dengue (DENV-1 y DENV-4), lo cual subraya la posibilidad de un incremento de los casos con formas más severas de la enfermedad en el futuro en esta zona (Flichman *et al.*, 2022). De esta manera, comprender las dinámicas de la enfermedad en el AMBA resulta un posible objetivo de la salud pública.

Algunas investigaciones internacionales (Reidpath *et al.*, 2011; Whiteman *et al.*, 2020; Talbot *et al.*, 2021) indican que, pese a la gran cantidad de trabajos realizados en torno a la ecología, biología y virología de los vectores, aún es poca la atención que se le ha dado a los determinantes sociales de la salud (educación, ingresos económicos, acceso sanitario, entre otros) como condicionantes en la aparición de las arbovirosis y/o en la ocurrencia de *Aedes sp.* En un sentido similar, investigaciones nacionales arrojan que las publicaciones científicas referidas a la epidemiología del dengue en Argentina presentan una mirada biologicista e individualista del problema. Y, por lo tanto, opacan las dinámicas sociales que hacen a la aparición de las epidemias (Ocampo, Delvitto & di Pasquo, 2022; Ocampo & Folguera, 2022). En pos de estudiar estas dinámicas hemos desarrollado una investigación cualitativa en un municipio de la región sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires, la cual ha manifestado los mayores números de casos con signo de alarma o dengue grave de la provincia (MS.GBA, 2020).

En un artículo realizado previamente sobre el cuerpo de publicaciones científicas de la epidemiología del dengue en el país, se observó que el análisis de la inequidad como condicionante en la aparición de los brotes y su control era escaso. Así, las diferencias de clase social, etnia o género no eran analizadas para abordar los brotes de dengue en el país. Por el contrario, el movimiento de los individuos entre países y provincias era asumido como un factor muy relevante al momento de explicar el inicio de las epidemias de dengue. En este sentido, las razones para la movilidad de las personas y las diferencias entre los *viajeros* no eran estudiadas ignorando, en particular, la situación pertinente a los y las *migrantes* (Ocampo & Folguera, 2022). A su vez, también se reconoce una escasez de análisis acerca de otras dimensiones sociales y simbólicas que hacen a una población humana y que afectan a la problemática del dengue (Ocampo, Delvitto & di Pasquo *et al.*, 2022). De esta manera, esta investigación pretende discutir con estas ausencias, examinando cómo se presentan la inequidad y diferencias culturales para los actores y actrices que gestionan y viven la problemática en territorio. Para retomar las discusiones sobre inequidad, recuperamos los modos en que intervienen las categorías de *clase social*, *migrantes* y *comunidad*. Así, nuestro objetivo particular es comprender los sentidos que diferentes agentes de salud y vecinos y vecinas le dan a su *comunidad*, a las diferencias de *clases sociales*, y a la presencia de *migrantes*, en relación con el dengue. Nuestro argumento se inicia en el siguiente apartado, clarificando algunas particularidades de la metodología empleada para la consecución del objetivo. En el tercer apartado, puntualizaremos los sentidos encontrados respecto de la *comunidad* y su participación en las campañas sanitarias en torno a la enfermedad. Luego visibilizamos algunos aspectos relativos a las diferencias de *clase social* y cómo en cada una aparecen obstáculos distintos para los controles de dengue y, a su vez, disímiles medidas de control. En el quinto apartado recuperamos distinciones de los y las agentes de salud en torno a las comunidades de *migrantes* y las dificultades de acceso sanitario en relación con ellas. Finalmente, retomamos los principales puntos de discusión y compartimos algunas perspectivas para continuar reflexionando.

Metodología

La investigación se basó en una metodología etnográfica y se realizó entre agosto y diciembre de 2021. Efectuamos veintiocho entrevistas semiestructuradas a diferentes agentes de salud en dos centros de salud y a las vecinas y vecinos del área en un municipio del sur del conurbano bonaerense. En las entrevistas se preguntó explícitamente por las acciones de control sobre el dengue realizadas en la zona y, en algunos casos, a los y las agentes de salud, por si encontraban diferencias de *clase social* al respecto. También se preguntó a las y los agentes de salud por las afirmaciones que asocian la presencia de *migrantes* viviendo en un área y la aparición de brotes de dengue. En otros casos, las categorías de *clase social*, *migrantes*, *comunidad*, *población*

extranjera fueron traídas a discusión por los propios entrevistados y entrevistadas de forma más o menos explícita. Cabe mencionar, además, que ninguna de las personas entrevistadas se autodenominó *migrante*, siendo esta categoría discutida exclusivamente por los y las agentes de salud.

Respecto de las categorías utilizadas durante el recorrido de este trabajo es necesario mencionar que fueron escogidas, fundamentalmente, por ser relevantes para los análisis de las epidemiologías sociales (Ocampo & Folguera, 2022). En tanto la inequidad es planteada considerando las posiciones asimétricas de los grupos en torno a la etnia, el género y la clase social, retomamos estas categorías como una forma de apropiación práctica. Es decir, como aplicación de ciertos conceptos al análisis de un objeto empírico o problema específico que termina reescribiendo estas categorías (Veron, 1974). En particular, la categoría de *clase social* posee un tratamiento extensivo en las ciencias sociales, siendo conceptualizada y operacionalizada de diferentes formas. A su vez, comprendemos que cualquier posicionamiento al respecto de la *clase social* plantea limitaciones para comprender las relaciones sociales, en tanto jerarquiza y encuadra a las personas en estratos. De manera general lo que nos interesa es la presencia de diferentes experiencias de los grupos humanos ligadas a posiciones sociales diferentes e interdependientes y que pueden estar mediadas por procesos económicos. Incluso comprendiendo las dificultades que conlleva, la utilización de la categoría resulta pertinente como una forma de desplegar diversidades poblacionales relativas a las disparidades en salud. Cabe aclarar, también, que no problematizaremos las interacciones entre las categorías mencionadas o bien de estas respecto de distinciones sociales relevantes como la edad, el género o la discriminación.

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 tanto, a lo largo del texto se omitirán los nombres. La mayoría de las entrevistas a los y las agentes de salud se realizó a través de una plataforma virtual o por teléfono debido al contexto de pandemia reciente. Se entrevistaron promotores de salud, enfermeras, médicas clínicas, jefas de centro de salud y un funcionario de salud del municipio. Los y las agentes refirieron trabajar con barrios de clase media, media-baja y *asentamientos*, por lo tanto, las poblaciones que se describen son heterogéneas en cuanto a condiciones socioeconómicas. También se realizaron entrevistas a diecisiete vecinos y vecinas que habitan y, en algunos casos, trabajan en diferentes actividades en los barrios cercanos a los centros de salud. La selección de las vecinas y vecinos para las entrevistas fue heterogénea, en tanto se entrevistaron desde personas que viven o trabajan en un barrio cerrado de la zona hasta quienes fueron reconocidos por agentes de salud por haber tenido dengue durante la última epidemia. Adicionalmente, se mantuvieron conversaciones informales con otras vecinas y vecinos durante el acompañamiento del trabajo de agentes sanitarias o caminando por los barrios.

Miradas sobre la *comunidad*

En las entrevistas realizadas a los y las agentes de salud observamos que en general la actitud deseada, por estas y estos (mencionada de forma más o menos explícita) es la participación comunitaria o social de los sujetos en la actividad preventiva, en particular, en la eliminación de los criaderos de *Aedes aegypti*. Así, el sentido de participación que mencionan algunas y algunos agentes de salud está teñido, predominantemente, de la idea de adherencia a las recomendaciones sanitarias. Por ejemplo, en las palabras de una promotora de salud:

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», o sea, se empieza... hay como más participación.

De manera general, la participación comunitaria es un tema recurrente en la problemática de dengue, mencionada como dificultad y solución en distintos discursos (Garelli *et al.*, 2017; Dusfour & Chaney 2021). En relación, el funcionario de salud entrevistado agrega un sentido diferente sobre la participación, indicando la existencia de una iniciativa concreta para involucrar a los vecinos y las vecinas en la toma de decisiones acerca de los problemas de salud: «nosotros apostamos mucho acá en X a la participación comunitaria, fue un eje del trabajo para enfrentar la pandemia, que muchas veces formalizamos a través de COES, Comités Operativos de Emergencia». Se trata de la forma de tomar decisiones en conjunto entre la secretaria de salud, el personal del centro de salud, organizaciones sociales y vecinos y vecinas que quieran participar. Cabe reflexionar, de cualquier modo, en qué medida las posiciones institucionales y asimétricas de actores y actoras podrían estar limitando lo que puede ser discutido en este contexto de participación. Además, esta iniciativa no es visibilizada por otros actores y actoras del territorio, incluso del propio centro de salud que fue parte de su instrumentalización (con excepción de su jefa). Aquí queda preguntarnos, entonces, por cómo se despliega esta propuesta en la práctica y cómo podría orientarse a involucrar simétricamente a más actores y actoras con sus diferentes prácticas en el territorio.

Por otro lado, en algunas conversaciones sostenidas con las y los agentes de salud, la *comunidad* es mencionada como sinónimo de las personas que son atendidas. Por ejemplo: «Los pacientes. A la comunidad vos la citás o la invitás a una charla, y siempre tienen algo que hacer, entonces cuando vienen a atenderse o que traen a los niños, se aprovecha, antes de que empiecen a atender, a dar la charla». Así, nos parece interesante interrogarnos, qué es lo *comunitario* y la *comunidad* desde

la propia gestión. Creemos que, en buena medida, las actividades de los centros de salud intentan construir *comunidad* como algo más que la suma de individuos viviendo en un mismo territorio (Ocampo *et al.*, 2022). Sin embargo, pensamos que la *comunidad* se cristaliza en esa forma, es decir, parece circunscribirse a las personas que están en sus hogares (o en menor medida, trabajando) en un barrio. En esta identificación de *comunidad* la posible presencia de empresas privadas no es mencionada, solo algunos espacios privados (que no son hogares) como las gomerías⁸, son destacados como zonas en las cuales se ejerció algún tipo de acción preventiva directa sobre *Aedes aegypti*. Esta conceptualización, entonces,

⁸ Arg., Bol., Par. y Ur. Lugar de venta o reparación de neumáticos (Diccionario de la Lengua Española, RAE).

está en sintonía con la noción de *comunidad* que describe el discurso de la salud pública y el modelo médico hegemónico: una entidad compuesta

por residentes de un área, definida por la administración de gobierno local, en donde se construye alguna identidad colectiva homogeneizante (Peterson & Lupton, 1996). Esto, como veremos, es problemático en tanto excluye otras formas de «hacer comunidad».

En algunas ocasiones, se reconocen fugas a esta manera en que se cristaliza la *comunidad*. Así, en el relato de una de las jefas de un centro de salud, encontramos lo *comunitario* como adjetivación para una salud «más amplia» que la que propone el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990). También una promotora de salud y una médica clínica, ante nuestras preguntas por los y las *migrantes*, mencionan a estas poblaciones como «comunidades particulares», agrupándolas por su nacimiento en otro país y diferenciándolas del resto de los y las residentes e incluso de la inscripción espacial. De la misma manera, los y las agentes de salud identifican la presencia de diferentes *clases sociales* en el territorio de acción de los centros de salud.

La forma predominante de comprender a la *comunidad* asume que las personas-residentes comparten intereses por estar ligadas al mismo espacio físico y que estos podrían desplegarse en una iniciativa de participación. Esto, sin embargo, descuida que hay otros intereses, experiencias o identidades que pueden estar en disputa con los que pueden surgir por compartir espacio físico y a los cuales se podría intentar atender (por ejemplo, ligados a diferencias de edad, de clase, de etnia) (Scaglia *et al.*, 2018). En particular, en el caso del dengue, estas contradicciones y tensiones se hacen más notorias, ya que la circulación de los mosquitos unifica físicamente a las personas, como una población biológica, pero las diferentes relaciones sociales que se establecen entre ellas pueden separarlas. Las *comunidades*, creemos, siempre implican conflicto y asimetrías y esto es lo que nos parece importante que sea atendido. Reconocemos en las conversaciones con las y los agentes de salud que esto se evidencia, en cierta medida, en las limitaciones que tienen las campañas de control de dengue.

Clases sociales y diferentes medidas de control

La clase media y alta y las explicaciones a la falta de participación

En el relato de las y los agentes de salud suele aparecer que las personas que más resistencias establecen en torno a las acciones de los centros de salud y, por lo tanto, menos interés demuestran por la «participación», son las pertenecientes a las *clases altas y medias*. En oposición, los y las agentes de salud repiten en todos los casos que suelen ser las personas de *clase baja* aquellas que más participan en las acciones de control propuestas por el centro de salud. Y, además, son las que más organización comunitaria tienen, en oposición de las personas de *clase media* que «no suelen estar presentes en sus domicilios» durante los operativos o bien «no les abren las puertas». Este «abrirles las puertas» implica permitirles el ingreso a las viviendas para asistirlos y asistirlos en la eliminación de los criaderos de *Aedes aegypti*, en particular, en los episodios en que hay enfermos en la zona: «en la clase media hay bastante blindaje, casi nadie te hace pasar a su casa». Cabe señalar que una de las promotoras remarca que es esencial que las personas sean asistidas en ese proceso de reconocer criaderos y eliminar el agua, ya que, de lo contrario, los vecinos y las vecinas suelen no hacerlo correctamente por su cuenta.

De esta forma, para los y las agentes de salud aparece un sentido, vinculado a las acciones de control, según el cual, cuánto más alta sea la *clase social*, más débil es el vínculo socioterritorial entre las personas. Esto colabora con la resolución individual de los problemas, entre ellos, los de salud. Así lo expresa la jefa de uno de los centros de salud:

lo popular tiene como este sentido comunitario de lo que hablábamos antes ¿no?, entonces esto del barrio, del compartir es... inclusive para las construcciones de vida de esas personas, en las realidades cotidianas... necesariamente necesitan construir ciertas redes para llevar adelante su vida cotidiana, porque su propio... o sea, las familias hacia adentro no resuelven solas las cosas porque no tienen los medios para hacerlo, entonces necesitan de su comunidad para poder desarrollarse mejor digamos, esto se da por lo menos en los barrios populares, las clases medias impera bastante más el neoliberalismo digamos, ha calado mucho más hondo creo.

De la misma forma, otros y otras agentes de salud explicitan que las personas «más pobres» se ayudan más entre ellas en tareas que afectan al barrio: «lo que es asentamiento, villas, son más solidarios». Para Peterson & Lupton (1996) esta diferencia de «participación» hacia las acciones de control, en términos de *clase social*, podría implicar que las *clases más bajas* tienen menos autonomía y agencia para rechazar la regulación estatal en tanto dependen más de los servicios públicos para sobrevivir. En este sentido, la articulación de las *clases medias* o *altas* con los servicios de salud públicos sería mucho más exigua, y la presencia de los y

las agentes de salud (para realizar un control focal, por ejemplo) se presentaría como un evento extraordinario⁹. Asimismo, Svampa (2005) considera que la existencia de redes entre las personas con menos recursos responde a estrategias

⁹Una de las promotoras de salud indica la situación como «no es fácil que entre cualquiera a tu casa».

pasadas y presentes de supervivencia ante las deficiencias de integración del Estado y la expansión del mercado. En

intonía, aunque esto no sea mencionado explícitamente por los y las agentes de salud, no queremos asumir que aquellas personas que son enmarcadas en la *clase baja* no presentan resistencias ante las campañas sanitarias y el accionar de la municipalidad. En este sentido, escuchamos el reclamo persistente hacia el municipio por parte de las vecinas y vecinos, por las fumigaciones en el verano como forma de atender el problema «de los mosquitos». A su vez, oímos también una crítica a las condiciones generales de los espacios comunes en los barrios. En estas demandas que, indirectamente, critican las acciones sanitarias por insuficientes, también creemos reconocer una actitud de resistencia (Bulled & Puffer, 2017).

Otras posibles explicaciones a la dificultad en la asistencia a las mencionadas *clases medias* fueron esgrimidas por la jefa de un centro de salud, en términos de desconfianza generalizada, pérdida de lazos sociales y miedo a la inseguridad:

es lo que también se ve en la ciudad y digamos... es mucho más difícil de abordar o de llegar a conversar con el vecino o la vecina porque esto, la gente no está en su casa, no se conecta con el vecino de al lado, porque hay mucho miedo a la inseguridad, a pensar que el otro o la otra es como una cierta amenaza por así decirlo o que va a querer sacar algún provecho de lo que sea, entablar una relación con alguien desconocido es igual estar muy atento a que algo malo puede llegar a suceder.

Si consideramos estrictamente los sentidos de la entrevistada, creemos útil la descripción que realiza Svampa (2005) sobre la pérdida de los lazos sociales y de la comunidad barrial. Pérdida que podría producirse, en alguna medida, como consecuencia de las experiencias políticas que vivió Argentina desde la última dictadura militar, generando que la confianza escasee como bien social. Ante esta situación, la «desconfianza» que observa la entrevistada podría ser una forma general de vinculación y, en tal caso, que se acentúa en lo que la jefa del centro de salud denomina como *clases medias y altas*, en las cuales los procesos de privatización más habrían impactado. Así, retomando a Dubet (2021), la «desconfianza» podría ser el resultado de la vivencia personal del agotamiento de la vida social construida en torno a ciertos mecanismos de integración: el trabajo, las instituciones y la nación. A su vez, en relación con el dengue, la integración comunitaria ha sido mencionada, justamente, como un importante factor a ser considerado para lograr éxitos en los planes de control de la enfermedad (Spiegel *et al.*, 2005).

La agente de salud también menciona que el miedo a la inseguridad es otra razón para rechazar las visitas a los hogares. Esto fue reforzado por otros y otras agentes de salud en la misma dirección. En diálogo con esto, Svampa (2008) menciona que, en las *clases medias y altas*, el problema de la inseguridad comienza a percibirse notoriamente ante el retiro del Estado de sus obligaciones fundamentales respecto del bienestar social. Así, se afecta al proceso mismo de cohesión social a varias escalas, así como a la eficiencia de las instituciones públicas para garantizar la seguridad que se reclama. En este sentido, el sentimiento de inseguridad también implicaría un aumento de la desconfianza generalizada. No es coincidencia que, en los barrios cerrados (los cuales, según Svampa (2008), están poblados por estas *clases sociales*), la seguridad aparece como un tópico principal al momento de justificar la segregación espacial, y, a su vez, como forma de producir los lazos sociales perdidos en la sociedad «de afuera».

Otras posibles explicaciones a la falta de «participación» enunciada por los y las agentes de salud de lo que denominan *clase media y alta* creemos que pueden estar vinculadas con la difusión de una asociación entre el dengue y ciertas condiciones socioambientales precarias (como si la enfermedad se diera casi exclusivamente bajo estas). Y también, y de manera predominante, con el propio rechazo hacia las esferas estatales y sus funcionarios. Encontramos en las reflexiones de algunas de las agentes sanitarias y varias vecinas que la problemática del dengue está asociada con las zonas de los barrios consideradas más problemáticas en términos de infraestructura (por ejemplo, presencia de basurales, ausencia de asfalto). En palabras de una jefa de centro de salud:

X es un barrio de clase media en donde está urbanizado y hay casas, o sea, sí tenés espacios en donde se puede llegar a juntar agua, pero no es lo más común. En la ribera hay un asentamiento y están los ríos, con todo lo que eso conlleva.

También algunas agentes de salud han comentado que las personas de *clase alta o media* aducen no considerarse implicadas en la problemática del dengue y, en consecuencia, no les habilitan la entrada a sus casas para una acción de control. Así, creemos que la circulación de este sentido acerca del problema del dengue (como restringido a las «zonas precarias») podría contribuir, al menos en parte, al rechazo de las acciones de control por parte de lo que los y las agentes sanitarias denominan *las clases medias y altas*.

Consideramos que la propia legitimidad del Estado en su accionar y sus figuras políticas parecen verse rechazadas en las negativas a participar en el control del dengue (Spiegel *et al.*, 2005; Bulled & Puffer, 2017). La desconfianza y el descreimiento en el accionar estatal en la era neoliberal, que implica la existencia de la política (como batallas por el poder), pero con la destrucción de la vida

pública y de instituciones democráticas reales (Brown, 2017), podría estar en el centro de las resistencias a estas campañas sanitarias. Así, por ejemplo, en Argentina, desde el establecimiento de los controles regulares de malaria los y las agentes de salud han necesitado, para realizar el trabajo, separarse de otras esferas estatales y presentarse como meros técnicos y técnicas (Carter, 2012). En la conversación con una de las jefas de los centros de salud esto es, en alguna medida, explicitado al mencionar el rechazo de algunas personas denominadas de *clase media* a las acciones de control: «ya al toque se piensan que... lo linkean con una cuestión de campaña política y esto como algo malo digamos, y ellos particularmente son los que más te piden la fumigación ¿viste?». En el mismo sentido, y en algún punto coincidiendo con la mirada de la agente de salud, una vecina nos indica que para ella las epidemias, como la guerra, son cuestiones políticas, que «hay gente que se muere, pero que le sirve políticamente a algunos». Además, indica que las campañas sanitarias son manipuladas mediáticamente según los intereses de los políticos «para mostrar que hacen algo», que se busca «hacer campaña partidaria» con las acciones de salud. De la misma manera, otra vecina se quejaba de que «los políticos aparecían para ganar los votos» de los vecinos y vecinas y desaparecían.

En un país con una larga historia de corrupción gubernamental (Svampa, 2005), falta de controles eficaces en las epidemias e información limitada otorgada a las personas, es bastante posible que cualquier iniciativa estatal sea observada con suspicacia (Bulled & Puffer, 2017). Svampa (2008), al caracterizar los modos de socialización en los *countries* y barrios privados de Buenos Aires, indica que parece propio (en la actualidad) de las *clases medias* en ascenso, *medias-altas* y *altas*, la búsqueda de la privatización de todas las esferas sociales y el repudio a las autoridades públicas. Recordemos que Argentina, desde el año 1976, con el inicio de la dictadura militar, comienza un proceso de retiro acelerado del Estado y de vaciamiento de las capacidades institucionales, que se profundiza con el menemismo en la década del 90. Este movimiento sociopolítico tiene finalmente como consecuencia no solo el aumento de las desigualdades sociales, sino también la reconfiguración de las relaciones entre lo público y lo privado y la degradación del tejido social en general. Dubet (2021) indica que los sujetos ya no se reconocen en la democracia representativa ni en el juego político, lo cual los lleva a no sentirse parte de la misma sociedad, de los debates relacionados con las cuestiones que hacen a sus vidas. De la misma forma: la falta de transparencia e información respecto de qué ocurre con los impuestos, cómo se otorgan las ayudas sociales, la presencia de situaciones de fraude y evasión fiscal, los mecanismos judiciales corrompidos, colaboran debilitando los sentimientos de solidaridad entre las personas y la credibilidad política.

Limitaciones en la clase baja

En oposición con la impresión de que las *clases bajas* efectivamente tendrían mayor participación comunal que las *clases medias y altas*, algunas agentes de salud también encuentran limitaciones en aquellas. Es decir, indican que la participación de los vecinos y vecinas de *clase baja* en las acciones de control de dengue es limitada al asumir la vulnerabilidad económica que tienen estos y estas. Así, señalan que las personas están preocupadas por generar recursos de subsistencia y ciertas resistencias a las actividades sanitarias serían explicadas por estas necesidades. En particular, se menciona la acumulación de «chatarra» como fuente de dinero:

cuando vamos a hablar con un vecino, que además sabemos que vive de vender la chatarra me parece que tenemos que pensar bien, en el sentido de esto... si uno vive de eso...porque es su ingreso, porque es lo único que le da gaita y por ahí nada...si le sacas eso...por ahí ¡no!, le sacas eso y le sacas el único recurso que tiene.

En la misma línea, una de las jefas de centro de salud menciona la fuerte ligadura de las condiciones de vida de las personas de un asentamiento (por ejemplo, en relación con la falta de servicios públicos) y la aparición de casos de dengue. A su vez, las características del problema del dengue en relación con las diferencias sociales de los grupos humanos, son recuperadas ante la pregunta acerca de si todas las personas pueden aislarse cuando tienen dengue. Como respuesta, la mayoría de las agentes de salud confirman que el trabajo informal perjudica el cuidado de la enfermedad, en particular, si esta no se presenta como de gravedad.

Acciones diferenciales de control

Otras diferencias sociales en torno a las acciones de control sobre dengue las podemos apreciar considerando las actividades concretas que se realizan en los barrios cerrados. Así, una de las personas encargadas del mantenimiento de un barrio cerrado de la zona indicó que los vecinos y vecinas allí establecieron un sistema propio (diferente de aquel del municipio en algunos puntos) de afrontar la molestia de los mosquitos y, además, la posibilidad de que circule el dengue. El encargado indica que la fumigación es la principal forma de controlar la posible aparición de una epidemia de dengue, incluso sabiendo que no es recomendada por los expertos y las expertas en salud pública: «tenemos establecido como un trabajo preventivo ya hace varios años, pero en función de la demanda del vecino es el incremento de esa frecuencia». En este barrio, la «concientización» (a través de un grupo de Whatsapp y afiches), el descacharrado de «los amenities» (espacios comunes), multas económicas ante la acumulación de agua en la propiedad privada y las fumigaciones aparecen como las formas de atender la presencia de

los mosquitos en el barrio. Los espacios comunes son gestionados por la estructura administrativa del barrio y la acción es demandada sobre estos en tanto hay «recursos económicos» invertidos en ello: «te estoy diciendo que hay mosquitos, ¡fumigame!, como una exigencia si se quiere y como que ellos están pagando entonces vos...como que, si yo no lo hago de alguna manera como que no estoy cumpliendo, independientemente, si haya una necesidad o no». Esta exaltación de la mercantilización de la vida social es mencionada como característica esencial de los barrios cerrados y countries (Svampa, 2008).

Las decisiones sobre lo común derivan de una mesa de decisiones que tiene el barrio cerrado y que incluye a una comisión de vecinos, pero no a agentes municipales. Estas decisiones suelen convertirse en normativas que de ser incumplidas se traducen en multas a los propietarios y las propietarias. De esta forma, algunas situaciones que podrían generar la presencia de *Aedes aegypti* en las casas (como una pileta con agua) se solucionan apelando a medidas punitivas que implican una multa económica: «ya cuándo se le desborda al vecino y tiene incidencia nosotros somos los que, de alguna manera, mediamos entre ellos y tratamos de darle una solución a la problemática.» Al mismo tiempo, la relación del barrio cerrado con el municipio y el centro de salud aldeaño se menciona como problemática, sugiriendo la falta de articulación con las acciones que puedan proponer las esferas estatales (Svampa, 2008): «hay cierto rechazo por parte de la comunidad hacia el municipio y hacia cualquier organismo de control si se quiere, por esto que te digo que ellos se creen una burbuja y están exentos de estas cuestiones».

Unificación entre clases sociales

Entre los y las agentes de salud se esboza una explicación general para los problemas de cumplimiento de las recomendaciones preventivas en dengue, aunque sin discriminar entre *clases sociales*: un cierto «individualismo» predominante en los vecinos y vecinas. Así, comentan que a los vecinos y vecinas les falta: «empatía o conciencia social», «conciencia de ayuda a los prójimos» o «conciencia colectiva», como formas de expresar la falta de cuidado o atención hacia los otros y otras y lo común, que incluiría no tomar las medidas preventivas respecto del dengue. El privilegio de la cultura individualista podría vincularse con los procesos de globalización, que implicaron en los países periféricos el desmantelamiento del Estado y la profundización de los procesos de transnacionalización del poder económico (Svampa, 2005). Así, en la sociedad actual se esperaría que los individuos se hicieran cargo de sí mismos para acceder a los bienes sociales (como la salud), más allá de los recursos materiales y simbólicos que tuvieran. Este individualismo consideramos que podría dialogar, por otro lado, con algunos comentarios de los vecinos y vecinas acerca de que los problemas de salud requieren de «la toma de conciencia» de cada persona.

Otro punto que nos parece interesante destacar es que las resistencias a las campañas sanitarias podrían estar vinculadas a las diferencias en cuanto a qué es lo que compone la problemática del dengue para los vecinos y vecinas. Y qué lo es para los y las agentes de salud, como reproductores de ciertas normativas sanitarias. Nos parece relevante que, en esta discusión, la separación entre *clases sociales* no es tan clara, sino que se unifican las demandas. En el discurso de algunos vecinos y vecinas el problema del dengue se amplía para considerarlo incluido en una mirada de salud ambiental general (más allá de una enfermedad puntual), demandando una acción estatal que implique, necesariamente, mayor actividad sobre los espacios comunes de los barrios. En este sentido, aparecen dos demandas concretas predominantes. Por un lado, las fumigaciones que discutiremos a continuación, y por otro, las infraestructuras que hacen al ambiente en el que viven las personas (incluyendo las condiciones habitacionales). Así, esta última sería una mirada atenta a ciertas estructuras (como las zanjas) que, si bien no son criaderos de *Aedes aegypti*, hacen a la forma en que los vecinos y las vecinas construyen la enfermedad:

mejorar las condiciones en las que vive la gente, o sea, asfaltar las calles, allá casi todas son calles de tierra, hay muchos arroyos, hay muchos lugares con acumulación de agua, muchos basurales, y de eso no se tiene que ocupar la gente, de eso se tiene que ocupar el Estado, el municipio, el que corresponda, no ellos. Y ellos aprenden, algunos terminan acostumbrados a vivir con lo que tienen, el entorno en el que están y no debería ser así.

En sintonía, creemos que la actividad de control que se centra específicamente en eliminar los criaderos de *Aedes aegypti* e ignora estas construcciones podría estar contribuyendo a que lo único que los vecinos y vecinas visibilicen como acción estatal sean las fumigaciones. Y, por lo tanto, sean estas las que son reconocidas como acciones sobre lo común. En palabras de uno de los empleados del barrio cerrado: «lo que veo quizás es más individual en lo barrial, no está digamos el municipio como seríamos nosotros fumigando, yo creo que hay una cuestión más individualizada». Reforzando esto, en breves intercambios con algunos vecinos y vecinas de los sectores programáticos de los centros de salud, al ser preguntados y preguntadas por si habían observado alguna acción de prevención de dengue realizada por la municipalidad, contestaban que nadie estaba fumigando.

Resulta lógico que las fumigaciones sean las acciones más demandadas y presentes en el imaginario de los vecinos y vecinas en tanto el discurso del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990) establece soluciones técnicas a los problemas de salud. A su vez, creemos que hay una historia actual y pasada reforzando el sentido de que las enfermedades transmitidas por vectores se resuelven con mejoras técnicas (Cueto, 2010). Por ejemplo, una de las vecinas al ser interpelada respecto de las consecuencias negativas de la fumigación indicaba que para ella

los profesionales químicos podían seguir innovando hasta dar con un compuesto que solucionase los problemas que pudo generar el anterior. Asimismo, las fumigaciones son acciones de control muy visibles a nivel barrial, que tienen un impacto a nivel político, validando la afirmación de que «el gobierno hace algo» rápidamente (Spiegel *et al.*, 2005).

Migrantes y su relación con el dengue

Viajeros: una categoría que omite

Desde el discurso epidemiológico clásico de Argentina los *viajeros* son señalados como las vías de entrada del virus del dengue a nuestro país, es decir, como aquellos que, portando la enfermedad, ingresan desde otros países y gatillan¹⁰ los brotes (Robert *et al.*, 2019; MS-GBA, 2021; Gurevitz *et al.*, 2021). Así, la movilidad de los sujetos es esgrimida como un factor de riesgo clave en la aparición de las epidemias de dengue (Ocampo *et al.*, 2022). Esta forma de comprender las epidemias coloca el acento en la espacialidad, utilizando, particularmente, la terminología casos «importados» o «autóctonos» para identificar si la persona se enfermó fuera o dentro del país, respectivamente. O bien, fuera o dentro de algún área administrativa (por ejemplo, una provincia). Esta separación posiciona al dengue como problema del país (o bien de la unidad administrativa) y le resta peso a la necesaria coordinación regional para controlar y prevenir la enfermedad.

En relación con lo antes dicho, la categoría de *viajeros* fue señalada por Gottero (2013) como una denominación homogeneizante que oculta los procesos migratorios que sucedieron y aún persisten en el país. En este sentido, la autora nos lleva a preguntarnos quiénes son estos *viajeros* y si sus situaciones de circulación pueden ser consideradas de forma semejante, al igual que las comunicaciones en salud (como los folletos) orientadas a estos sujetos. Algunas publicaciones que analizan la situación del dengue en Argentina realizan una distinción al interior de la categoría *viajeros* entre *migrantes* y turistas, evidenciando, de alguna manera, una disparidad en cuanto a la condición vital que implica el proceso migratorio. Así, la movilidad de las comunidades *migrantes* de nuestro país, ligada a los brotes de dengue, es mencionada por varios autores y autoras como Seijo *et al.* (2009), Carbajo *et al.* (2012), Carbajo *et al.* (2018b) y Gurevitz *et al.* (2021). Por ejemplo, se explicitan algunos factores explicatorios de un brote de dengue en un municipio indicando que: «emerge claramente un patrón migratorio recurrente en Argentina, relacionado con las visitas periódicas de los trabajadores extranjeros a sus países de origen»¹¹ (Carbajo *et al.*, 2018b, p. 232). Cabe mencionar, además, que en la tesis realizada por Frisch (2015) sobre el dengue en Buenos Aires, los expertos mencionaron que las

¹⁰ Arg., Chile, Par. y Ur. Disparar, impulsar (Diccionario de la Lengua Española, RAE).

¹¹ Traducción nuestra.

comunidades *migrantes* de esta provincia se movilizan recurrentemente a sus países de origen durante las fiestas de Año Nuevo y Navidad, siendo el factor contribuyente al brote de dengue durante el 2009. A su vez, indican que la incidencia de dengue es, en general, «bimodal», es decir, asociada a dos grupos diferentes que se movilizan: las comunidades *migrantes* de bajos recursos y los grupos de *clase media* y *alta* que visitan lugares tropicales por turismo. Así, podemos observar que hay desplazamientos de la categoría *viajero* a la de *migrante* y *turista*, visibilizando, al menos parcialmente, la heterogeneidad social presente en el país.

Gottero (2013) se detiene en considerar los efectos negativos tanto de omitir la migración y los colectivos de *migrantes* en nuestro país, como de enunciarla en términos de «importación de enfermedades». Omitirla implica, para esta autora, romper con la significatividad comunitaria vinculada al hecho de migrar y posicionar en la imagen del viajero blanco a aquellos y aquellas que son deseables de ser protegidos y protegidas en materia de salud. A su vez, en coincidencia con esta autora, creemos que atribuirle la responsabilidad de los brotes de dengue a la movilidad de los *migrantes* lleva a procesos de culpabilización, persecución y creación de imaginarios en los que las fronteras nacionales tienen que ser controladas. Se trata de descentrar la mirada de la persona *migrante* como cuerpo infeccioso que se moviliza y pensar en las condiciones sociales, económicas y políticas de nuestro país, que la acoge, incluyendo cómo se establecen los vínculos con los servicios sanitarios. Este último punto parece esencial no solo porque todas las personas tienen derecho al acceso a la salud, sino porque en las enfermedades infecciosas, como el dengue, los obstáculos en cuanto a la atención pueden permitir la expansión de los brotes.

Migrantes y obstáculos en la atención sanitaria

Como mencionamos en el apartado anterior, el carácter importado de la enfermedad, ligado a cualquier persona que se desplaza desde un área con circulación viral, es referido en algunas de las entrevistas con los y las agentes de salud. Además, en algunos comentarios de los y las agentes de salud se incorpora una incertidumbre o ambigüedad relativa al comienzo de los brotes de dengue:

todas las enfermedades pueden cruzar territorios, eso se sabe, obviamente que tiene sentido, y más como vivimos ahora en un mundo tan globalizado, hay acá mucha en Argentina ¿no?, que somos tan multiculturales, hay mucha gente que se va a Paraguay, viene, se va a Uruguay, Chile, Bolivia, ahora se va a Brasil, o sea somos una comunidad como que entramos, salimos...

En otro comentario:

acá la zona donde estamos nosotros, la mayoría son gente que... de países limítrofes y van y vienen, viajan a su país, vuelven, es una ida y vuelta constante, así que no sabemos si puede ser que ellos lo traigan

Por último y en la misma línea argumental:

yo tengo un vecino [paraguayo] que fue a Misiones y cuando vino, vino con dengue, ya vino mal, tenía dengue, estuvo internado como tres días y después ya eran otros vecinos y otros vecinos y otros vecinos, porque es así como que nada, el mosquito trabaja las 9 manzanas.

En este sentido, el cuerpo del *migrante* aparece como cuerpo que se moviliza. Sin embargo, en los discursos de los y las agentes de salud prima la construcción de la persona *migrante* comprendida en términos de sujeto de una colectividad con una relación, en alguna medida, problemática con los servicios de salud. De esta forma, se interpreta, al menos parcialmente, la transmisión de la enfermedad en relación con las condiciones del país de destino (Cerrutti, 2006). Por ejemplo, una de las jefas del centro de salud nos indica que:

acá particularmente en X tenemos una comunidad boliviana muy grande y ellos son bastante anti medicina digamos, medicina hegemónica ¿no? tienen sus propios... como su propio saber y tratan mucho con plantas, o sea, inclusive el covid, así que eso es bastante complejo, suelen acercarse a un centro de salud cuándo ya llevan muchísimos días de fiebre alta, por ejemplo.

Así, en esta aseveración se pone en relevancia la convivencia de la medicina occidental hegemónica con otras formas terapéuticas propias que están muy arraigadas al menos en algunas personas de la comunidad de *migrantes*. Al ser cuestionada la jefa del centro de salud respecto de la afirmación anterior esta indica que:

pasa muchísimo de eso también que por ahí tenes algún personal que trata mal a las personas porque en lugar de tomar una medicina toma la medicina alternativa que ellos en su cultura tienen, creo que eso hace de alguna manera que se sienten expulsados de los centros de salud.

La jefa también menciona que las diferencias en el lenguaje y en la forma de expresión constituyen una barrera en la atención:

tenemos algunos vecinos, vecinas que hablan en quechua que, habla en castellano pero poco, o muy para adentro porque es su manera de comunicarse entonces, nada, es un laburo fuerte también el que hay que hacer con los profesionales para que empiecen a abrazar a esas cosas e identidades que no tienen nuestra visión o sea no tienen en realidad la visión hegemónica de la medicina, que en realidad entendemos que cada vez más empieza a chocar con la forma de vida de las personas, no solo de las comunidades boliviana, paraguaya, peruana, etc. si no con todas las personas que de alguna manera hemos sido violentadas, me incluyo, por el sistema médico de salud estatal.

Las dificultades en la comunicación con personas de origen boliviano por una diferencia en el lenguaje también son mencionadas por una de las médicas clínicas del mismo centro de salud.

Las reflexiones anteriores están en sintonía con otros trabajos que se han realizado en Argentina sobre los y las *migrantes* y diferentes restricciones al acceso a los servicios públicos de salud (Jelin, 2006; Matossian & Abal, 2020). En uno de ellos se indica que en Córdoba las mujeres de origen boliviano y peruano suelen ser identificadas como personas a las cuáles el sistema de salud les cuesta integrar, en particular, por el mantenimiento de prácticas de cuidado que son propias de sus comunidades de origen y por las diferencias en el lenguaje. De la misma manera en Buenos Aires (Jelin *et al.*, 2006a, 2006b), se han identificado numerosas dificultades que afectan a la atención de las mujeres *migrantes* bolivianas, entre ellas, la comunicación con los profesionales y el seguimiento de las indicaciones médicas.

Al enunciarse sobre las y los *migrantes*, los y las agentes de salud indican que la atención es para todos y todas igual y las diferencias culturales que evidencian no son descalificantes. Uno de los centros de salud funciona como posta para realizar documentación a las y los *migrantes* y posee folletería relativa a los derechos de esta comunidad. Por otro lado, se observan ciertas homogenizaciones¹² en el discurso de algunos y algunas agentes de salud en torno a quiénes son estas comunidades

¹² Cabe explicitar que las homogenizaciones también están presentes en los sentidos que los y las agentes de salud realizan de las clases sociales.

de origen extranjero. Esto también se ha observado en otro trabajo en Buenos Aires en el que la persona boliviana es identificada como callada y sumisa (Jelin *et al.*, 2006b). En este sentido, una de las promotoras de salud y una trabajadora en las actividades culturales del centro de salud comentan que las comunidades de *migrantes* suelen ser muy machistas. Esto es, que «las mujeres suelen someterse mucho a lo que indiquen los maridos, sufren violencia de género, y que, además, tienen muchas tareas a cargo». Otra persona del centro de salud explicita que hay «graves problemas de alcoholismo», en particular, entre los hombres de las comunidades. Esta persona indica que los hombres de estas comunidades tienen poco tiempo libre, el cual termina usándose en actividades como el consumo excesivo de alcohol.

La promotora de salud también menciona que son comunidades muy «desconfiadas». Así, cuando las promotoras se movilizan a «tocarles la puerta», adoptaron la costumbre de «avisar que no vienen por nada malo, que están para ayudar desde el centro de salud», de manera que «les dejen trabajar». Explica esto en términos de que hay muchas personas que aún están indocumentadas y tienen miedo de ser deportadas. También que algunos y algunas *migrantes* tienen talleres clandestinos con gente contratada en la zona y eso genera inseguridad en torno al diálogo con actores y actrices estatales. La desconfianza dada por la

indocumentación podría remitirse a nuestra historia argentina, ya que antes de la ley nacional de migraciones, ante la falta de documentación nacional, los efectores públicos¹³ debían denunciar a los inmigrantes (Jelin *et al.*, 2006a).

Discusión

A lo largo de este trabajo buscamos evidenciar los sentidos que los y las agentes de salud y, en menor medida, vecinos y vecinas establecen en torno a la *comunidad*, las *clases sociales* y la presencia de grupos de *migrantes*, en relación con la problemática del dengue. Observamos que la *comunidad* es recuperada en las iniciativas de control del dengue mayormente como sinónimo de conjunto de residentes de una zona geográfica. A su vez, la participación comunitaria, en particular a través de los COE, aparece como intento de producir espacios de decisión conjunta en el municipio.

En esta discusión nos interesa resaltar las dificultades de los servicios de salud para establecer una salud intercultural que supere la asimetría epistémica entre los conocimientos de las y los *migrantes* y las y los agentes de salud. Estas dificultades creemos que contribuyen con alejar de la atención a poblaciones especialmente expuestas al dengue por su vinculación con países endémicos. Estos desafíos a la salud intercultural son parte de los fracasos de numerosos programas de salud generados «desde arriba» (Cueto, 2010). Nos preguntamos en qué medida saberes de estas comunidades que podrían ser útiles para la enfermedad no se están recuperando. A su vez, consideramos importante generar nuevas formas de comunicación que involucren el uso de los lenguajes de las comunidades *migrantes* como el quechua o bien la incorporación de traductoras en la asistencia.¹⁴ Y fundamentalmente, creemos relevante involucrar a los y las agentes de salud de los centros a repensar estas dificultades en el trabajo con los y las *migrantes*, tal vez en instancias de formación establecidas formalmente en sus espacios de trabajo.

En línea con lo anterior, creemos necesario explicitar que, si bien problematizamos brevemente ciertas dificultades del acceso sanitario de los y las *migrantes* en nuestro país, el dengue es una problemática que excede a las limitaciones geográficas. Por la ausencia de abordajes tecnológicos (tal como una vacuna) que puedan silenciar (siempre momentáneamente) los brotes de dengue, este se transforma, en cada epidemia, en una enfermedad «espejo» de las disparidades sociales que se juegan en la aparición y el control de cualquier problema de salud. Así, es espejo de la dinámica local, la cual debe ser abordada si se persigue un control efectivo. A su vez, la circulación de bienes y personas propia de la globalización evidencia la necesidad de una articulación regional entre estas situaciones locales para evitar

¹³ Instituciones dedicadas al servicio de salud como centros de salud o hospitales.

¹⁴ Cabe aclarar que la incorporación del lenguaje y la comunicación, en nada afectan a las jerarquías entre conocimientos. Pero sí consideramos útil y necesaria la posibilidad de entender el lenguaje.

los brotes de dengue. Esta coordinación entre los países de América del Sur y Centroamérica que parece tan necesaria, a su vez, también es visibilizada en su ausencia por la problemática del dengue.

Si reparamos en las desigualdades sociales que este trabajo pone en discusión, y consideramos a la participación en salud de manera amplia, como un ejercicio de democratización o ciudadanía, nos preguntamos: ¿Cómo desarrollar decisiones locales cuando la mayoría de las políticas económicas y sociales son de carácter nacional y transnacional? ¿Cómo generar espacios de participación equitativos cuando hay tantas personas cuyos derechos se ven vulnerados día a día? En palabras de Petersen & Lupton (1996, p. 146), quienes critican los sentidos de la participación en salud pública: «la participación se ha convertido no simplemente en un derecho sino en una obligación» ¿Cómo puede pasarse, entonces, de la colaboración a la participación real? ¿Cómo lograr que la diversidad social sea contemplada en los abordajes de la salud pública sin que esto implique un crecimiento de su hegemonía?

Algunas de las limitaciones que explicitaron los y las agentes de salud y vecinas y vecinos y que compartimos durante el recorrido argumental respecto del control del dengue nos impulsan a creer que sería bueno motorizar iniciativas democratizantes. Iniciativas que permitan la acción política «desde abajo», orientada hacia las preocupaciones de la vida diaria. Dubet (2021) indica que, para lograr una democracia ampliada, con igualdad social, necesitamos reconstruir la solidaridad, considerándola como el «compartir cotidiano y por un conjunto de obligaciones, deudas y acreencias en favor de aquellos a quienes no conocemos pero de los cuales nos sentimos responsables» (Dubet, 2021, p. 43). En particular, este autor enfatiza, como forma de construir una sociedad que persiga el bien común y la igualdad, a la dimensión simbólica de la solidaridad, es decir, la fraternidad, la cual implica compartir mitos, relatos y símbolos que nos constituyen como «hermanos y hermanas». En este sentido, indica que se vuelve necesario la refundación de instituciones que se preocupen más por los sujetos y menos por la enseñanza de ser competentes y obtener éxito social, que no separen lo técnico de lo humano. Aquí creemos que los encuentros entre el personal de los centros de salud y los vecinos y vecinas pueden propiciar estos procesos en tanto la finalidad de estos sea más indeterminada en términos técnicos.

Entonces, para considerar posibles formas democratizantes, aún muy lejos de atender los interrogantes expuestos, podemos retomar lo dicho anteriormente acerca de la problemática del dengue abordada de forma amplia y vinculada en gran medida a las condiciones de vida. Intentar que las acciones estatales y también no estatales, autogestivas, abarquen estas miradas sobre el problema podría permitir que se establezcan nuevos lazos entre los servicios de salud y los vecinos y las vecinas en torno a la enfermedad. Al mismo tiempo esta mirada amplia sobre el

dengue permitiría entender la aparición de las epidemias en nuestro país como eventos que se sostienen por la presencia de otras enfermedades en las personas e inequidades irresueltas. Así, atender a las infraestructuras de los barrios, los espacios comunes y a la salud ambiental general de las poblaciones a las que se quiere cuidar podrían ser determinantes si el dengue quiere ser prevenido.

Referencias

Base de datos Redatam del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (2022) Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). <https://redatam.indec.gov.ar/argbin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=CPV2010B&MAIN=WebServerMain.inl&ga=2.117534411.318757485.1651690772-545164477.1622035125>

Brown, W. (2017). *El pueblo sin atributos. La secreta revolución del neoliberalismo*, traducido por V. Altamirano. Barcelona; México; Buenos Aires; New York: Malpaso editorial.

Bulled, N. & Puffer, M. (2017). Introduction: Thinking through resistance. En N. Bulled (Ed.). *Thinking Through Resistance. A study of public oppositions to contemporary global health practice* (pp. 1-22). London, New York: Routledge.

Carbajo, A. E., Cardo, M. V., Guimarey, P. C., Lizuain, A. L., Buyayisqui, M. P., Varela, T., Utges, M. E., Giovacchini, C. M. & Santini, M. S. (2018a). Is Autumn the key for dengue epidemics in non endemic regions? The case of Argentina. *PeerJ*, 6(1), e5196. <https://doi.org/10.7717/peerj.5196>

Carbajo, A. E., Rubio, A., Viani, M. J. & Colombo, M. R. (2018b). 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, 227-234. <https://doi.org/10.4103/1995-7645.228438>

Carbajo, A. E., Cardo, M.V. & Vezzani, D. (2012) Is temperature the main cause of dengue rise in non-endemic countries? The case of Argentina. *International Journal of Health Geographics*, 11(26), 1-11. <http://www.ij-healthgeographics.com/content/11/1/26>

Carter, E. D. (2012). *Enemy in the blood: malaria, environment, and development in Argentina*. Tuscaloosa AL: University of Alabama Press.

Cerrutti, M. (2006). Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina. En E. Jelin (Ed.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 15-33). Buenos Aires: Ides.

Cueto, M. (2010). Metaphors of Malaria Eradication in Cold War Mexico. En D. A. Herring & A. C. Swedlund (Eds.). *Plagues and Epidemics. Infected Spaces. Past and Present*, (pp. 287-305). Oxford; New York: Berg.

Dubet, F. (2021). ¿Por qué preferimos la desigualdad? Aunque digamos lo contrario. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Dusfour, I. & Chaney, S. C. (2021). Mosquito control: Success, failure and expectations in the context of arbovirus expansion and emergence. En M. Hall & D. Tamir. (Eds.). *Mosquitopia. The place of pests in a healthy world* (pp. 213-234). London: Routledge.

Flichman, D.M., Pereson, M.J., Baré, P., Espindola, S.L., Carballo G.M. & Albrecht A. (2022). Epidemiology of Dengue in Argentina: Antibodies seroprevalence in blood donors and circulating serotypes. *Journal of Clinical Virology*, 147(12), 105078. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2022.105078>

Frisch, M. (2015). *Dengue in Buenos Aires: An analysis of the factors contributing to increased incidence of dengue fever in urban environments*. (Undergraduate Thesis), University of Pittsburgh.

Garelli, F. M., Sanmartino, M. & Dumrauf, A. G. (2017). Análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue en Argentina. *Revista Interface – Comunicação Saúde Educação*, 21, 35 – 49. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0965>

Gottero, L. (2013). Educación para la salud y discursos sobre la migración. Una articulación conflictiva en las políticas sobre epidemiología. *Integra Educativa*, 6(1), 79-110. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rieiii/v6n1/v6n1a05.pdf>

Gurevitz, J. M., Antman, J.G., Laneri, K. F. & Morales, J. M. (2021). Temperature, traveling, slums, and housing drive dengue transmission in a non-endemic metropolis. *Neglected Tropical Diseases*, 15(6), e0009465. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009465>

Jelin, E. (2006). Introducción. En E. Jelin (Ed.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*, (pp. 7-15). Buenos Aires: Ides.

Jelin, E., Grimson, A. & Zamberlin, N. (2006a) ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de inmigrantes de países limítrofes a los servicios públicos de salud. En E. Jelin (Ed.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 33-47). Buenos Aires: Ides.

Jelin, E., Grimson, A. & Zamberlin, N. (2006b) Los pacientes extranjeros en la mira. En E. Jelin (Ed.). *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural* (pp. 47-57). Buenos Aires: Ides.

Matossian, B. & Abal, Y. S. (2020). De menciones y omisiones: experiencias de desigualdad en un barrio periurbano de La Matanza. *RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 16(16), 131-145. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/486>

Menéndez, E. (1990). El modelo médico hegemónico. Estructura, función y crisis. En E. Menéndez. *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica* (pp. 83-117). México: Alianza Editorial Mexicana.

Ministerio de Salud de la Nación -MSAL- (2020). *Boletín integrado de vigilancia N° 507*. Semana 31. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/biv_507_se_31.pdf

Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Buenos Aires -MS.GBA- (2020). *Boletín epidemiológico*. Semana 29. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2020/07/Bolet%C3%ADn-EPI-29.pdf>

Ministerio de Salud del Gobierno de la provincia de Buenos Aires -MS.GBA- (2021). *Protocolo de Preparación y Respuesta ante la contingencia de Dengue y otros Arbovirus 2021*. <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/12/Protocolo-de-Dengue-2021.pdf>

Ocampo, C. & Folguera, G. (2022). ¿Epidemiología social del dengue en Argentina? *Letras Verdes. Revista Latinoamericana de Estudios Socioambientales*. 31, 7-24. <https://doi.org/10.17141/letrasverdes.31.2022.5055>

Ocampo, C., Delvitto, A. & di Pasquo, F. (2022). Discusiones sobre el concepto de población humana en la investigación epidemiológica del dengue en Argentina. *Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia*, 22(44), 169-211. <https://doi.org/10.18270/rcfc.v22i44.3486>

Organización Mundial de la Salud - OMS- (2022). *Dengue y dengue grave*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Petersen, A. & Lupton, D. (1996). *The new public health: Health and self in the age of risk*. London: Sage Publications.

Reidpath, D., Allotey, P. & Pokhrel, S. (2011). Social sciences research in neglected tropical diseases 2: A bibliographic analysis. *Health Research Policy and Systems*, 9, 1-12. <https://doi.org/10.1186/1478-4505-9-1>

Robert, M. A., Tinunin, D. T., Benitez, E. M., Ludueña-Almeida, F. F., Romero, M., Stewart-Ibarra, A. M. & Estallo, E. L. (2019). Arbovirus emergence in the temperate city of Córdoba, Argentina, 2009-2018. *Scientific Data*, 6(276), 276-281. <https://doi.org/10.1038/s41597-019-0295-z>

Scaglia, M., Albano, D., Percovich, N., Saraceno, M. & de Zavalía, D. (2018) ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud comunitaria? La experiencia de una asignatura en una universidad del conurbano. En Instituto de Investigaciones Gino Germani, organizador. *XIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Investigación e intervención en salud: demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes*. Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Seijo, A., Romer, Y., Espinosa, M., Monroig, J., Giamperetti, S., Ameri, D. & Leslie, A. (2009). Brote de dengue autóctono en el área Metropolitana de Buenos Aires. Experiencia del Hospital de enfermedades infecciosas FJ Muñiz. *Medicina (Buenos Aires)*, 69, 593-600.

Spiegel, J., Bennett, S., Hattersley, L., Hayden, M. H., Kittayapong, P., Nalim, S., Nan Chee Wang, D., Zielinski-Gutierrez, E. & Gubler, D. (2005). Barriers and bridges to prevention and control of dengue: the need for a social-ecological approach. *EcoHealth*, 2(4), 273-290. <https://doi.org/10.1007/s10393-005-8388-x>

Svampa, M. (2005) Ciudadanía, Estado y globalización. Una mirada desde la Argentina contemporánea. En J. Nun. (Ed.). *Debates de Mayo. Nación, cultura y política* (pp. 263-291). Buenos Aires: Gedisa.

Svampa, M. (2008). *Los que ganaron. La vida en los countries y barrios privados*. Buenos Aires: Biblos.

Talbot, B., Sander, B., Cevallos, V., González, C., Benítez, D., Carissimo, C., Carrasquilla Ferro, M. C., Gauto, N., Litwiński, S., López, K., Ortiz, M. I., Ponce, P., Villota, S.D., Zelaya, F., Espinel, M., Wu, J., Miretti, M. & Kulkarni, M. A. (2021). Determinants of *Aedes* mosquito density as an indicator of arbovirus transmission risk in three sites affected by co-circulation of globally spreading arboviruses in Colombia, Ecuador and Argentina. *Parasites & Vectors*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s13071-021-04984-z>

Veron, E. (1974). Acerca de la producción social del conocimiento: «el estructuralismo» y la semiología en Argentina y Chile. *Lenguajes. Revista de Lingüística y Semiología*, 1(1) 96-125.

Whiteman, A., Loaiza, J. R., Yee, D. A., Poh, K. C., Watkins, A. S., Lucas, K. J., Tyler, J., Rapp, T. J., Kline, L., Ahmed, A., Chen, S., Delmelle, E. & Uche Oguzie, J. (2020). Do socioeconomic factors drive *Aedes* mosquito vectors and their arboviral diseases? A systematic review of dengue, chikungunya, yellow fever, and Zika Virus. *One Health*, 11, 100188. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100188>