

**DE SABERES Y PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN TORNO
A LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN ROSARIO
(BARRIO TABLADA, AÑO 2011)**

Paula Curetti

Ilustración de Portada: JULIÁN USANDIZAGA

«Los Sombreros» «La Adivina»

Grafito – Lápiz color – 1973 – (31,5 x 22)



Universidad Nacional de Rosario
Centro de Estudios Interdisciplinarios
Instituto de la Salud Juan Lazarte



TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**DE SABERES Y PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN TORNO
A LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN ROSARIO
(BARRIO TABLADA, AÑO 2011)**

Lic. Esp. Paula Verónica Curetti

Directora: Mgr. Elida Carracedo

Mayo de 2018

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia, quiero agradecer profundamente a todas las personas y equipos que hicieron posible este trabajo y que participaron del mismo a lo largo del tiempo y de distintas maneras: de los Centros de Salud ‘municipales’ y ‘provinciales’, de las diversas áreas y dependencias de la Secretaría de Salud Pública, de Promoción Social, de Servicios Públicos y Medio Ambiente.

A los vecinos y a los referentes barriales de Tablada que me abrieron las puertas de sus hogares y de su vida, compartiéndome las más diversas y coloridas historias y vivencias.

A la Lic. Silvia Gergolet (Vecinal AVROSE - UNR), al Dr. François Delaporte (Université de Picardie Jules Verne), al Dr. Patrice Vermeren (Université Paris 8) y al Dr. Roberto Suárez (Universidad de los Andes, Bogotá) y a todos aquellos que colaboraron desinteresadamente y de diversas formas con la realización de este trabajo, mi más sincero reconocimiento a su generosidad.

Agradezco a la Mgr. Elida Carracedo, mi Directora, quien me sugirió inicialmente el abordaje de esta temática y me acompañó en los devenires de este trabajo, por su guía paciente y por su palabra oportuna.

A la Dra. María del Rosario (Coqui) Fernández, mi Directora en el Doctorado, por sus valiosos aportes y lecturas críticas de este trabajo, pero fundamentalmente por motivarme a emprender el último tramo de la escritura.

A la Mgr. Marta Schapira, mi Directora de la Beca de Posgrado CONICET, por los caminos recorridos y su inestimable apoyo durante la construcción del andamiaje teórico sobre el que se asienta esta investigación.

No puedo dejar de mencionar a la Dra. Susana Belmartino, quien me dirigiera en el Doctorado hasta su súbita partida, sus profundas enseñanzas perdurarán.

Quiero agradecer especialmente a todos los que conforman la Maestría, los presentes y los pasados, y a los compañeros de la cohorte 2006, con quienes he compartido inquietudes y debates que han contribuido enormemente a mi formación y vocación. Con algunos he forjado una amistad de muchos años y nos ha unido no sólo la pasión sino también la alegría por lo que hacemos.

Agradezco a mis amigos y a mi familia por el constante apoyo y el entusiasmo que me brindaron para retomar (y finalizar!) la escritura de esta tesis.

A mis hijos y a mi compañero de ruta,
que me dieron tiempo, fuerza e inspiración. Para ellos.

***“Come then, let us play at unawares,
And see who wins in this sly game of bluff.
Man or mosquito.”***

D.H. Lawrence



ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| PREGUNTAS..... | 9 |
| HIPÓTESIS DE TRABAJO..... | 10 |
| OBJETIVOS..... | 11 |
| COMENTARIOS ACERCA DE LA ESTRUCTURA..... | 12 |
| CAPÍTULO 1. | |
| ANTECEDENTES Y LINEAMIENTOS TEÓRICOS..... | 15 |
| 1.1. El Dengue y otras ‘Pestes’ en el Escenario Académico..... | 16 |
| 1.2. La Práctica y el Saber Biomédico de la Enfermedad..... | 22 |
| 1.3. El Enfoque Relacional..... | 28 |
| CAPÍTULO 2. | |
| CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS..... | 42 |
| CAPÍTULO 3. | |
| DENGUE: PASADO Y PRESENTE DE UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE..... | 52 |
| CAPÍTULO 4. | |
| EL BARRIO TABLADA..... | 72 |
| 4.1. Tablada: Evocación de Tiempo y Espacio..... | 75 |
| 4.2. ‘Frontera del Sur’: Tablada como Área de los Servicios ‘Contaminantes’..... | 80 |
| 4.3. Tablada como Barrio ‘Mezclita’..... | 93 |
| 4.4. El Sector Noreste del Barrio Tablada: Escenario de la Epidemia..... | 96 |

| | |
|--|-----|
| CAPÍTULO 5. | |
| ¿QUÉ ES DENGUE? LOS SABERES BIOMÉDICOS Y LAS DEFINICIONES TÉCNICO-OPERATIVAS SOBRE LA ENFERMEDAD..... | 112 |
| 5.1. La ‘clínica del dengue’ en Tablada... de usos, desusos y olvidos..... | 115 |
| 5.2. El saber biomédico interpelado: El problema del origen..... | 133 |
| CAPÍTULO 6. | |
| EL SANEAMIENTO DOMÉSTICO INTERPELADO. DEVELANDO PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN PREVENCIÓN DEL DENGUE..... | 147 |
| 6.1. Hablamos sobre Dengue, Alacranes y Roedores..... | 149 |
| 6.2. En la casa de Alcides..... | 164 |
| 6.3. Control Focal o el foco en el control..... | 180 |
| CAPÍTULO 7. | |
| NOTAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN EL BARRIO TABLADA..... | 199 |
| CAPÍTULO 8. | |
| REFLEXIONES FINALES..... | 227 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 234 |
| ANEXO..... | 246 |
| I. Folleto Prevención Dengue: Años 2009-2010..... | 247 |
| II. Volante Prevención Dengue: Años 2009-2010..... | 249 |
| III. Folleto Prevención Dengue: Años 2010-2011..... | 250 |
| IV. Boletín de Campo y Laboratorio de Relevamiento Rápido de Índices.. | 252 |
| V. Instructivo del Formulario LIRAA..... | 253 |
| VI. Instructivo del Larvicida Biológico ‘Introban’..... | 256 |
| VII. Instructivo del Larvicida Biológico ‘Bactivec’..... | 257 |
| VIII. Ficha de Investigación de Casos de Síndrome Febril..... | 258 |
| IX. Ficha Epidemiológica de Dengue..... | 260 |
| X. Planilla de Búsqueda de Febriles en Terreno..... | 261 |
| XI. Tablada en Cifras..... | 262 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se focaliza en la descripción y análisis de los sentidos y significados que adquirió la enfermedad del dengue para el sector salud, y de las prácticas territoriales que se desplegaron en el año 2011 para prevenir la ocurrencia de una nueva epidemia en el barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario).

El dengue es una de las enfermedades reemergentes más importantes en América y en Argentina, constituyendo un grave problema de salud pública.

En el año 2009 se produjo un brote epidémico de esta enfermedad en la ciudad de Rosario (Provincia de Santa Fe), constituyendo un hecho inédito en el escenario local tanto por las proporciones que adquirió el fenómeno en lo que refiere a la cantidad de personas afectadas como por la distribución territorial que alcanzó.

Hasta ese momento, entre la población no existía un registro concreto de lo que era el dengue, a pesar de que durante los años previos se detectaron a nivel municipal casos aislados/'importados' de esta enfermedad, transmitida por la picadura del mosquito *Aedes*; situaciones que en contadas oportunidades trascendieron a través de los medios de difusión locales. También llegaba algún eco de la realidad que atravesaban aquellos países limítrofes donde la problemática era endémica, o bien desde el norte argentino que padecía anualmente brotes cíclicos, dejando cada vez más patente que la enfermedad estaba instalada en esas regiones.

La magnitud que adquirió el suceso de la epidemia del año 2009 movilizó de forma inusitada tanto al sector salud como a otras instituciones y dependencias públicas municipales y provinciales vinculadas con las acciones intersectoriales que se emprendieron para la contención y el control del brote que se produjo en Rosario.

El barrio popularmente conocido como Tablada resultó particularmente afectado, concentrando más de la mitad de los casos de dengue¹ que se notificaron en el municipio durante la epidemia que se desató aquel año; por lo que desde ese momento, el sector salud sostuvo una serie de intervenciones con el propósito de impedir la proliferación del mosquito *Aedes aegypti* y consecuentemente del virus.

El conjunto de estas acciones se basaron en el postulado que enfatizaba a la prevención como “*la única forma*” o “*la vía privilegiada*” para erradicar al vector y concomitantemente eliminar al virus. Prevención que implicaba “*trabajo constante con todas las familias del barrio*”. Sin embargo, estas intervenciones preventivas, que a nivel de estrategias y discursos aparecían claramente pautadas y reguladas en el espacio/tiempo, en la práctica sufrieron discontinuidades y reformulaciones. En sus inicios fueron opacadas y postergadas por la emergencia de la epidemia de influenza/gripe A (H1N1) que también sucedió hacia mediados de ese año y luego se retomaron con nuevos bríos en coincidencia con la llegada del período estival. Sin embargo, muy pronto se volvieron claramente asistemáticas y erráticas, llegando el punto de debilitarse hasta prácticamente desaparecer en el año 2012; y esto sucedió a pesar de que se continuaba registrando la presencia del vector y del virus de forma ininterrumpida, de que se reportaban anualmente algunos enfermos de dengue en el barrio² y de que las condiciones socioambientales/epidemiológicas para que vuelva a producirse un nuevo brote siguieron siendo prácticamente las mismas a las dadas en el año 2009.

Ahora bien, siendo que el Estado y en particular el sector salud reconocieron que el único camino para disminuir/‘erradicar’ la presencia del mosquito *Aedes* en Rosario, y particularmente en Tablada, era el control del vector a través de un trabajo ‘constante y continuo’ en el territorio y con la población: por qué las acciones preventivas no se sostuvieron en el espacio/tiempo, es decir, por qué

¹ El sector Noreste del barrio Tablada concentró cerca del 58,54% (48/82) de los casos de dengue autóctono que se notificaron en la ciudad de Rosario (Sistema Municipal de Epidemiología [SiME], 2011).

² En esos casos se realizaron ‘operativos de bloqueo y descacharrización’. Se volverá sobre este tema en el tercer capítulo: “*Dengue: Pasado y Presente de una Enfermedad Reemergente*”.

pese a considerar que la situación socio-epidemiológica continuó siendo propicia para el desarrollo del vector/virus, se generaron escasas y discontinuas acciones con posterioridad al brote. Y más aún, luego de una epidemia de considerable magnitud como la ocurrida en el 2009, comprobada la 'autoctonía del dengue' (la presencia del vector y del virus) de forma ininterrumpida en el barrio y habida cuenta de la ciclicidad en la que se registra la problemática³: por qué se han interrumpido las actividades preventivas, qué implicancias tiene abordar el problema cuándo ya es una 'urgencia/emergencia', cuándo el costo socioeconómico y político es alto, cuándo lo que está en juego es el proceso de salud-enfermedad de la población.

Estos interrogantes constituyeron los cimientos para los inicios de la investigación. En última instancia, lo que resultaba imperioso indagar era qué lugar ocupaba la prevención en la agenda de salud pública local e interesaba detenerse a repensarlo especialmente en el caso del dengue, por sus particulares dimensiones pero también por la potencialidad explicativa que encerraba este fenómeno respecto a otras enfermedades epidémicas transmitidas por vectores. Y esto sucedía en vinculación con la necesidad de conocer los procesos emprendidos para contener el avance de aquellas viejas y nuevas enfermedades que se estaban produciendo como consecuencia de la proliferación del mismo vector -el mosquito *Aedes*- como es el caso de la fiebre amarilla, del zika y de la fiebre chikungunya, sólo por mencionar algunas de las que han cobrado mayor vigencia en el panorama actual.

El contexto en que se produjo la reemergencia de esta enfermedad, el barrio Tablada⁴, tampoco resultó anecdótico ni azaroso. Barrio de fuertes contrastes y desigualdades, donde vastos sectores de la población han sido excluidos y arrastrados hacia los confines de la marginalidad, el desamparo y las pobrezas en sus diversas formas; y donde las divisiones territoriales, las violencias, el

³ En la ciudad de Rosario, el comportamiento de la enfermedad es estacional, registrándose el mayor número de casos autóctonos/locales durante el período estival, fundamentalmente en los momentos en que se produce una coincidencia entre el incremento de las precipitaciones y el aumento de las temperaturas; situación ideal ya que posibilita la eclosión de los huevos del mosquito *Aedes*.

⁴ El sector Noreste del barrio Tablada constituye el espacio territorial en que se circunscribe la mayor parte de la presente investigación. Esta área se despliega desde el Bv. 27 de Febrero al Norte, hasta la calle Garay al Sur; y desde la calle Necochea al Oeste, hasta la Avda. Belgrano al Este.

narcomenudeo y las luchas históricas entre facciones antagónicas pertenecen al orden de lo cotidiano, se abrió como un desafío.

En este marco era preciso indagar en torno a otra serie de incógnitas: ¿Cómo lograr instalar la lógica preventiva en entornos que revestían estas características? ¿Cómo intervenían los equipos de salud durante el trabajo territorial en prevención del dengue? Qué tipo de acciones preventivas desarrollaron en Tablada? ¿Cuáles fueron los alcances, las dificultades y los límites que encontró la prevención en un barrio donde primaban las violencias, las desigualdades y las pobreza?

Fueron varias las etapas en que se desarrolló el trabajo de campo, las cuales se fueron vinculando y articulando en torno a diversos ejes y disparadores que contribuyeron a profundizar la mirada etnográfica acerca de las problemáticas bajo estudio. Cabe mencionar que el presente trabajo se desprende de una investigación⁵ más amplia que aún se encuentra en curso, titulada: *“Políticas públicas en salud y prevención de la enfermedad del dengue en la ciudad de Rosario. Un estudio antropológico acerca del encuentro entre el sector salud y los grupos sociales en contexto de pobreza urbana”*. Esa investigación que se gestó al compás de los acontecimientos que se sucedieron en el barrio Tablada durante la epidemia de dengue del año 2009, se centró fundamentalmente en la descripción y análisis de ese episodio, se continuó y profundizó hasta el año 2012, momento en que se decide interrumpir el trabajo de campo debido a que las actividades de prevención de esta enfermedad habían quedado reducidas a operativos puntuales de bloqueo y de control de foco ante casos potenciales y/o confirmados.

La llegada del dengue inauguró un período en donde irrumpieron un conjunto de sentidos y significados novedosos acerca de la enfermedad y toda una serie de procedimientos, estrategias y acciones para enfrentarla que fueron inéditos a nivel local, tanto para los actores del sector salud como para los diversos sujetos y grupos sociales donde fueron aplicadas.

⁵ Esta investigación se realiza en el marco del Doctorado en Humanidades y Artes con mención en Antropología dependiente de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario.

Por ello interesa detenerse en el papel que juega el sector salud y especialmente ciertos actores institucionales, en la construcción de sentidos acerca del dengue, y en el diseño, la organización y el sostenimiento de las prácticas territoriales en prevención de esta enfermedad en el barrio Tablada.

En vistas a este propósito y desde un enfoque etnográfico, se recorren algunos momentos fundamentales de este período en un intento de profundizar acerca de cuáles fueron las prácticas preventivas que se desarrollaron, quiénes las sostuvieron y con qué lógicas las aplicaron, en un entorno históricamente complejo en donde priman fuertes desigualdades socioeconómicas y diversas formas de violencias⁶.

De esta manera, las actividades preventivas que sostuvo el sector salud en el barrio Tablada con posterioridad a la ocurrencia del primer brote de magnitud que se registrara en la ciudad de Rosario en la historia reciente, se convirtieron en un texto privilegiado desde donde poder interpelar prácticas y sentidos biomédicos en torno a la enfermedad.

La continuidad a lo largo de los años del trabajo de campo permitió reconocer la riqueza del período seleccionado dado que contó con un 'abanico' de actividades preventivas que se desplegaron consecutivamente en los meses de febrero y marzo del año 2011. Las observaciones y relatos recogidos, encontraban y entrecruzaban en diversas actividades a un grupo de actores del sector salud (con diferentes formaciones disciplinares y procedentes de distintas instituciones y dependencias) y a un conjunto de vecinos y referentes barriales. Esto permitió reconocer una trama central, pero también observar los sutiles matices que se deslizaban por afuera de sus márgenes, enriqueciendo y complejizando las descripciones. Pero también, el año 2011 constituye el último período en que se realizaron actividades preventivas en Tablada con cierto grado de regularidad y sistematicidad. Luego de ese momento, sólo se llevaron a cabo acciones muy puntuales (controles focales) de detectarse casos potenciales o confirmados; a pesar del reconocimiento de la *"necesidad de hacer algo [preventivo] con el problema del dengue"*, que permanece sobrevolando

⁶ En Tablada se registraron 15 muertes violentas en el período comprendido entre Enero y Septiembre de 2011 (sobre un total de 120 homicidios en todo el departamento Rosario). La mayoría de los hechos se produjo por diferencias interpersonales o venganzas entre conocidos, siendo la tasa de crímenes en ocasión de robo casi nula (La Capital, 2011).

difusamente en los pasillos de los Centros de Salud del barrio, fundamentalmente cuando inicia la temporada cálida.

Cabe destacar que el presente estudio profundiza en un período y en una temática que están escasamente abordados en la literatura académica local y nacional.

Este trabajo constituye entonces una búsqueda del sentido, mejor aún, de los sentidos de las prácticas preventivas de la enfermedad del dengue, de los actores que las conciben y que las sostienen, de sus coincidencias y sus disensos, de sus pequeños o grandes dramas cotidianos en relación a sus prácticas territoriales. Y es también una historia de encuentro, de encuentros y desencuentros con -y entre- los diversos actores institucionales/barriales que se entrecruzan durante las prácticas preventivas, con sus condiciones de vida, con sus historias particulares y con los relatos que construyen y sostienen en torno al dengue.

La irrupción del dengue en la ciudad de Rosario, como epidemia emergente en contextos de pobreza urbana, puede pensarse como 'enfermedad paradigmática' que simboliza de modo emblemático los problemas y las relaciones entre población y servicios de salud, otorgándoles un contenido y un sentido propio (Herzlich y Pierret, 1988). De este modo, el dengue opera como enfermedad 'reveladora' de una trama relacional heterogénea, atravesada por desigualdades socioeconómicas, políticas y culturales.

El problema en estudio se aborda desde una perspectiva crítica y con un enfoque relacional que se centra en las categorías de construcción social y de hegemonía, considerando que los procesos de salud-enfermedad-atención conforman una trama compleja que remite a las representaciones y prácticas y a la articulación de múltiples procesos, producto de modalidades específicas de relaciones de poder que atraviesan la cotidianeidad de los conjuntos sociales (Menéndez, 1990a y 1994; Frankenberg, 1992; Scheper-Hughes, 1990).

La articulación teórica de los conceptos de construcción social y de hegemonía posibilita preguntarse acerca de la operatoria de un sistema normativo-valorativo en la construcción social de la enfermedad del dengue, atendiendo en particular a los saberes, las técnicas y los procedimientos biomédicos; y a exponer el rol constructor de sentidos y significados acerca de

la enfermedad por parte de la medicina (y de los actores del sector salud) y su rol normativo con relación a las prácticas sociales.

La enfermedad del dengue constituye desde hace tiempo un problema de salud pública en la ciudad de Rosario. Sin embargo, a partir del brote epidémico del año 2009 el escenario se vuelve más complejo debido a la presencia ininterrumpida del vector y del virus, a la aparición de formas graves de la enfermedad, a la falta de disponibilidad de vacunas preventivas en el mercado local y al aumento de la población de *Aedes aegypti*. Este último fenómeno ha sido relacionado con el incremento de la movilidad interna y externa de personas y de productos, y con cuestiones socioambientales. En este sentido, se considera determinante la influencia que tienen las variaciones de las condiciones climáticas, con el aumento de las temperaturas promedio y de las precipitaciones; la intensificación del uso de agrotóxicos y la deforestación en vinculación con los monocultivos, que redujeron considerablemente las especies depredadoras de mosquitos; la resistencia a los insecticidas que desarrolló el *Aedes* y su proceso de adaptación ecológica, que registra un desplazamiento desde los espacios 'naturales' a los espacios urbanizados. En el contexto urbano, su proliferación⁷ se encuentra estrechamente relacionada con ciertas condiciones de pobreza estructural: necesidad de almacenar el agua potable en recipientes por la inexistente o insuficiente provisión del servicio, presencia de basurales a cielo abierto y de envases no biodegradables que acumulan agua de lluvia, servicios deficientes de eliminación de desechos y de saneamiento ambiental, ocupaciones como el cirujeo que producen la acumulación de objetos, entre otros factores (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2012; SiME, 2011).

Hoy más que nunca, transcurridos casi diez años desde que sucediera la epidemia, y frente a la posibilidad de que se profundice y diversifique la problemática debido a la circulación de serotipos múltiples del virus del dengue, pero también a la aparición de nuevas enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes* como el zika y la fiebre chikungunya, y al recrudecimiento de la situación respecto a la propagación de la fiebre amarilla en la región, se vuelve

⁷ El *Aedes* coloca sus huevos en cualquier recipiente que almacene agua con bajo tenor de materia orgánica, formando criaderos (SiME, 2011).

fundamental y necesario visitar aquel microcosmos de prácticas preventivas territoriales que se urdió con posterioridad a la ocurrencia del primer brote de magnitud que se registrara en la ciudad de Rosario en la historia reciente.

PREGUNTAS

Este estudio explora cuáles fueron las políticas públicas que desarrolló el sector salud en materia de prevención del dengue con posterioridad al brote epidémico que se produjo en la ciudad de Rosario en el año 2009. Más específicamente, indaga acerca de cuáles fueron los saberes biomédicos sobre la enfermedad y cuáles fueron las prácticas preventivas realizadas por los equipos de salud en el año 2011 en el barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario).

Los interrogantes fundamentales que orientan este trabajo giran en torno a los siguientes núcleos:

- ▶ ¿Cuáles fueron los sentidos y significados que construyeron y sostuvieron los actores del sector salud que trabajaron en Tablada acerca de la enfermedad del dengue y de la epidemia que se produjo en ese barrio en el año 2009?
- ▶ ¿De qué manera el sector salud concibió e instrumentó acciones preventivas en el barrio para prevenir la ocurrencia de una nueva epidemia en Tablada? Más específicamente, ¿Cuáles fueron los saberes y las prácticas biomédicas en prevención del dengue que se desplegaron en el año 2011?
- ▶ ¿Qué características tuvo el trabajo territorial en prevención en un contexto marcado por condiciones de vida heterogéneas donde priman fuertes desigualdades socioeconómicas y donde los conflictos y las violencias pertenecen al orden de lo cotidiano?
- ▶ ¿Cuáles fueron los alcances y las limitaciones de las intervenciones preventivas según la perspectiva de los actores del sector salud que participaron de las mismas?
- ▶ ¿Cómo fueron los procesos de interacción entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales del barrio durante las actividades de prevención del dengue en el año 2011?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- ▶ El sector salud y sus organizaciones específicas instituyen determinados saberes y prácticas de prevención del dengue que no son meramente técnicos, ni científicos, sino fundamentalmente políticos, sociales, culturales, profesionales/institucionales e ideológicos. De esta forma, la práctica y el saber biomédico instauran procesos de normatización y de control social e ideológico, que suponen y legitiman acciones de fiscalización del espacio público/social - privado/doméstico, de control del cuidado de la higiene y de vigilancia/modificación del comportamiento individual y colectivo.
- ▶ Las políticas públicas de prevención de la enfermedad del dengue sostenidas por el sector salud en general y por los profesionales y equipos de salud en particular, no alcanzan la profundidad necesaria debido: 1) al carácter asistemático y transitorio de las acciones territoriales emprendidas, aunado al recorte epidemiológico-poblacional/espacial sobre el que se circunscriben; y 2) a que las prácticas y discursos que sostienen no contemplan las realidades socio-económicas, culturales y simbólicas de los sujetos y grupos sociales en contexto de pobreza, desconociendo aspectos centrales que hacen al espacio de lo cotidiano.

OBJETIVOS

Objetivo general de la investigación:

Contribuir al conocimiento de las políticas públicas que desarrolló el sector salud en materia de prevención de enfermedades potencialmente epidémicas transmitidas por el vector *Aedes*, y específicamente del dengue, con posterioridad al brote epidémico que se produjo en el año 2009 en la ciudad de Rosario. En esta dirección, profundiza en torno a los saberes y prácticas biomédicas de prevención del dengue sostenidas durante el año 2011 en el barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario).

Objetivos específicos:

- ▶ Describir y analizar los sentidos y significados que construyeron y sostuvieron los actores del sector salud (médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, promotores de la salud y promotores sociales) acerca de la enfermedad del dengue y del trabajo preventivo realizado en el barrio Tablada durante el año 2011.
- ▶ Describir y analizar las acciones, procedimientos y estrategias de prevención de la enfermedad del dengue implementadas por los equipos de salud (médicos, estudiantes de medicina, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, promotores de la salud y promotores sociales) en el barrio Tablada durante el año 2011.
- ▶ Describir y analizar los procesos de interacción que se produjeron en el encuentro entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales del barrio Tablada durante las actividades de prevención del dengue desarrolladas en el año 2011, en relación con: a) el taller de dengue, alacranes y roedores; b) el monitoreo del índice larvario de *Aedes aegypti*; y c) el control focal.

COMENTARIOS ACERCA DE LA ESTRUCTURA

En el primer capítulo “*Antecedentes y Lineamientos Teóricos*” se presentan los lineamientos teóricos y las categorías centrales que sustentan las discusiones y los análisis que se desarrollan en este trabajo, recuperando también algunos estudios realizados con anterioridad sobre temáticas afines que enriquecen las reflexiones.

En el segundo capítulo “*Consideraciones Metodológicas*” se describe y fundamenta el diseño metodológico, explicitando en profundidad las decisiones tomadas, las herramientas utilizadas y los criterios adoptados en torno al área de estudio, al período que abarca el estudio, a los documentos y materiales de difusión considerados y a las observaciones y entrevistas realizadas.

En el tercer capítulo “*Dengue: Pasado y Presente de una Enfermedad Reemergente*” se realiza un breve recorrido histórico que se adentra en los sucesos recientes para brindar una aproximación a la situación socio-epidemiológica de Argentina y particularmente de la ciudad de Rosario respecto al dengue; introduciendo algunas consideraciones sobre la propia enfermedad y sobre el mosquito *Aedes aegypti* que ayudan a enmarcar los sentidos y significados que se desplegaron en torno al mismo. Este apartado constituye la antesala obligada ya que posibilita introducirse en la lógica del conjunto de intervenciones preventivas posteriores a la epidemia. Además, reviste una importancia crucial, ya que intenta responder a la necesidad inaplazable de recuperar el conocimiento sobre la enfermedad y su ‘historia natural’ muchas veces soslayado o minimizado en el campo de la antropología de la salud.

El cuarto capítulo “*El Barrio Tablada*” se adentra en el propio territorio que se configuró como epicentro de la epidemia de dengue en el año 2009, el barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario). Se abordan aspectos significativos en torno a su origen y su constitución histórica mediante un recorrido bibliográfico que se enriquece de las evocaciones y de los relatos que permanecen en la memoria de sus pobladores, al tiempo que recupera las particularidades que le otorgan su especial idiosincrasia. Esta caracterización

permite situar la problemática de la enfermedad y de la prevención en un espacio definido, al tiempo que posibilita indicar ciertas relaciones entre salud y estructura social. Con este propósito se realizan también algunas consideraciones relativas a las condiciones y modo de vida de los sujetos y grupos sociales del barrio en la actualidad.

El quinto capítulo “*¿Qué es Dengue? Los Saberes Biomédicos y las Definiciones Técnico-Operativas sobre la Enfermedad*” recupera el conjunto de significados y sentidos que los actores del sector salud portan acerca del dengue. Se explora cómo se fueron conformando y construyendo los saberes acerca de esta enfermedad a partir de la epidemia que se registró en Tablada en el año 2009. En este marco se exponen algunos momentos y experiencias en torno a la ‘clínica del dengue’ y al ‘problema del origen’, permanencia y persistencia de esta enfermedad en el barrio, aspectos centrales que espontáneamente emergieron de las entrevistas y que moldearon, confluyeron y reconfiguraron las prácticas preventivas realizadas en el territorio durante el año 2011.

El sexto capítulo “*El Saneamiento Doméstico Interpelado. Develando Prácticas Biomédicas en Prevención del Dengue*” explora a partir de casos paradigmáticos las prácticas en prevención del dengue que se desarrollaron en Tablada en el año 2011, en relación con: a) el taller de dengue, alacranes y roedores; b) el monitoreo del índice larvario de *Aedes aegypti*; y c) el control focal. Siguiendo un enfoque etnográfico, este apartado se propone acercarse en profundidad a estas experiencias para lo cual se emplea como recurso la escritura en primera persona. En este marco, se describen los procesos de interacción que se produjeron en el encuentro entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales durante el devenir de las actividades que se realizaron en el barrio; recuperando los relatos que construyeron y sostuvieron los actores del sector salud acerca de la prevención del dengue.

En el séptimo capítulo “*Notas sobre la Prevención del Dengue en el Barrio Tablada*” se describen y analizan las políticas públicas en salud, las estrategias y las acciones de prevención de la enfermedad del dengue implementadas por el sector salud en el barrio Tablada durante el año 2011. Más específicamente, se retoman en profundidad las distintas actividades desarrolladas en este período, explorando los significados que emanaron en torno a la prevención y las significaciones que los actores del sector salud le atribuyeron al término

‘cacharro’ y a la ‘descacharrización-(asistida)’ y algunas dimensiones problemáticas de la aplicación de los métodos químicos.

En el octavo capítulo “*Reflexiones Finales*” se retoman los ejes fundamentales a los que se arribó en los apartados previos exponiendo las consideraciones más relevantes.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES Y LINEAMIENTOS TEÓRICOS

“But ‘disease’ is an elusive entity (...) is at once a biological event, a generation-specific repertoire of verbal constructs reflecting medicine’s intellectual and institutional history, an occasion of and potential legitimation for public policy, an aspect of social role and individual -intrapsychic- identity, a sanction for cultural values, and a structuring element in doctor and patient interactions. In some ways disease does not exist until we have agreed that it does, by perceiving, naming, and responding to it” (Rosenberg, 1997: XIII).

En este capítulo se presentan los lineamientos teóricos y las categorías centrales que orientan el abordaje etnográfico, y que sustentan las discusiones y los análisis que se desarrollan en este trabajo.

En primera instancia se recuperan algunos estudios realizados con anterioridad sobre temáticas afines que enriquecen las reflexiones, mencionando también algunas investigaciones sobre las enfermedades tropicales y el dengue e indagando en los modelos sanitarios que históricamente han sustentado el papel del Estado en la construcción de las políticas públicas en salud (Sección 1.1. *“El Dengue y otras ‘Pestes’ en el Escenario Académico”*).

Seguidamente se expone el andamiaje conceptual vinculado con el proceso salud-enfermedad-atención/prevenición, deteniéndose especialmente en los aspectos vinculados a los saberes y a las prácticas biomédicas (Sección 1.2. *“La Práctica y el Saber Biomédico de la Enfermedad”*). En este marco, se profundiza en torno a la construcción social de la enfermedad desde la teoría de la representación al enfoque de las narrativas aplicadas a la biomedicina.

Finalmente, se discuten los aspectos conceptuales y metodológicos implícitos en la adopción del enfoque relacional en el campo de la Antropología de la Salud (Sección 1.3. *“El Enfoque Relacional”*). Se parte del análisis crítico de los aportes que contienen las obras de tres autores, a saber: Menéndez, Gramsci y de Martino, que introducen la perspectiva del poder en la construcción social y política de la biomedicina, profundizando en el concepto de transacciones y en las relaciones de hegemonía y subalternidad.

1.1. El Dengue y otras ‘Pestes’ en el Escenario Académico

Este trabajo profundiza en torno a los saberes y prácticas biomédicas de prevención de la enfermedad del dengue sostenidas durante el año 2011 en el barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario).

El problema en estudio se aborda desde una perspectiva crítica y con un enfoque relacional que se centra en las categorías de construcción social y de hegemonía, considerando que los procesos de salud-enfermedad-atención/prevención conforman una trama compleja que remite a las representaciones y a las prácticas y a la articulación de múltiples procesos históricos, socioeconómicos, culturales, políticos y simbólicos, productos de modalidades específicas de relaciones de poder que atraviesan la cotidianidad de los conjuntos sociales (Menéndez, 1990a y 1994; Frankenberg, 1992; Scheper-Hughes, 1990).

En esta orientación se inscriben diversos estudios que desde la década de 1980 han centrado su preocupación en torno al carácter de construcción social de la enfermedad y del padecimiento, considerando el proceso político de definición de la enfermedad y las relaciones de poder que atraviesan las prácticas médicas. Estas perspectivas destacan el rol constructor de la enfermedad por parte de la medicina y recuperan las modalidades en que el sector salud instauro procesos de disciplinamiento, de normatización y de control de las prácticas sociales a través de renovados procesos de medicalización de la vida cotidiana (Conrad y Schneider, 1992). A este respecto, diversos trabajos han colocado el eje de sus análisis en los nudos de tensión y conflicto en torno

a las políticas sanitarias, las instituciones de salud, los procesos de atención-cuidado, así como también en los procesos de demanda y confrontación que desarrollan los sujetos y grupos sociales (Conrad y Schneider, 1992; Frankenberg, 1992; Scheper-Hughes y Lock, 1987; Menéndez, 1981 y 1990a; entre otros).

Con referencia al fenómeno dengue, aún se encuentra escasamente abordado en la literatura académica/antropológica local¹ y nacional². Sin embargo, en las últimas dos décadas las investigaciones sobre las 'pestes' y las enfermedades tropicales han comenzado a ganar un lugar destacado en la historiografía y la socioantropología latinoamericana (Alvarez, 2010; Sacchetti y Rovere, 2007; Armus, 2000 y 2002; Caponi, 2002 y 2003; Sutter, 2000; Delaporte, 1989; entre otros). Así, se han registrado algunas menciones dispersas acerca del dengue, fundamentalmente en aquellos trabajos que abordan la malaria o la fiebre amarilla, aventurando que las 'campañas sanitarias' que se desarrollaron a principios del siglo XX contra el paludismo o la 'plaga americana', coadyuvaron para combatir al dengue, disimulando e invisibilizando su presencia y fortaleciendo más la apariencia de las otras enfermedades que también son transmitidas por mosquitos. De esta manera, el dengue aún no ha sido abordado de forma sistemática y los aportes que se han realizado a la temática han resultado tangenciales, erráticos y limitados (Alvarez, 2010).

¹ A excepción de la propia autora de la presente Tesis que cuenta con algunas publicaciones en la materia desde la perspectiva de la antropología de la salud, a saber:

- ▶ *Prevención del dengue en contextos de pobreza urbana del Distrito Sur de la ciudad de Rosario* (2010).
- ▶ *¿Saneamiento doméstico o políticas públicas en salud? Perspectivas y prácticas biomédicas en torno a la prevención del dengue en Rosario* (2011a).
- ▶ *Perspectivas y prácticas biomédicas en torno a la prevención del dengue en el barrio Tablada* (2011b).
- ▶ *El 'Día D' en clave intersectorial. Notas sobre la prevención de la enfermedad del dengue en el barrio 'Tablada'* (2012).
- ▶ *Aportes del enfoque relacional para el estudio de la epidemia de dengue (Rosario - 2009)* (2014).

² Desde el Proyecto "Enfermedad y políticas de salud en Argentina. Dolencias transmitidas por mosquitos desde la fiebre amarilla hasta el dengue. 1871-2009", Drovetta y Eynard (2011) analizan la construcción mediática que se realizó desde un periódico local acerca del dengue, de los afectados por la enfermedad y del rol del Estado en la ciudad de Córdoba durante la epidemia del año 2009.

La mayoría de las investigaciones que se han venido realizando acerca de la temática en Latinoamérica³ y el Caribe provienen del campo de las ciencias médicas y epidemiológicas, y han estado orientadas a evaluar los alcances de las ‘campañas’ preventivas. A este respecto, han evidenciado una constante limitación de las intervenciones, aunada a una notoria falta de eficacia y eficiencia para erradicar, o al menos limitar o disminuir la presencia del vector y del virus (Gibbons y Vaughn, 2002; Chiaravalloti Neto *et al.*, 1998). Se ha señalado que las ‘concepciones culturales’ acerca del dengue constituyen una ‘barrera’ para lograr el ‘cambio de hábitos’ y de ‘comportamientos individuales y colectivos’ asociados a la proliferación del vector; y que los programas verticales no favorecen la participación comunitaria (Torres López *et al.*, 2012; Caballero Hoyos *et al.*, 2006; Suárez *et al.*, 2004). Otros trabajos sistematizan los problemas relativos a las prácticas en educación, comunicación y participación comunitaria en el control de la enfermedad (Mosquera *et al.*, 2006; Kourí, 2006; Magalhães de Oliveira, 1998). Con referencia a esto, interesa señalar que en investigaciones realizadas sobre la temática, Rangel-S (2008) y Teixeira (2008) notan que en la actualidad el modelo de prevención adoptado por el sector salud durante las acciones de control del dengue se encuentra todavía claramente influenciado por el higienismo; ya que continúan reproduciéndose tácticas de la antigua ‘policía sanitaria’, con ‘campañas’ basadas en el ‘combate’ del vector, ‘higienizando’ los ambientes y enfatizando nociones como ‘limpieza/pureza’ y ‘riesgo/peligro’.

Siguiendo esta línea, Suárez *et al.* (2004) señalan que la prevención de la enfermedad del dengue se concibió como un ‘esfuerzo épico’ de control y erradicación que dependía de una ‘acción directa, guerrerista y represiva’ por parte de los funcionarios del gobierno; de un ejercicio de ‘ortopedia moral’. Observan que las líneas de acción de los programas y las estrategias de prevención-control social/biológico se basaron en políticas en salud intervencionistas que se aplicaron de forma homogénea entre los diversos grupos sociales con la pretensión de modificar radicalmente las conductas individuales y colectivas. En estas estrategias, la pedagogía era significada como la herramienta que debía ‘convencer’ a la población adulta de cambiar sus

³ Fundamentalmente en Colombia, Brasil y México, donde hay equipos de investigación interdisciplinarios abocados al abordaje del dengue como problema de salud pública.

hábitos. A través de la educación, la población sería 'consciente de su deber' y asumiría las recomendaciones de los 'expertos'; acción reforzada mediante sencillos folletos que con una forma o puesta en escena infantilizante, pretendían acompañar al 'adulto-ignorante' en este proceso (Suárez et. al, 2004; Suárez, 2000).

Siendo el higienismo el modelo sanitario que mayoritariamente ha sido mencionado en la literatura consultada en vinculación con la forma de abordar la prevención del dengue, interesa detenerse a enumerar algunas de sus principales características.

Las bases doctrinarias del otrora hegemónico modelo higienista emergieron en Europa Occidental en la segunda mitad del siglo XVIII, en un proceso histórico de disciplinamiento de los cuerpos y constitución de intervenciones sobre los sujetos⁴ (Foucault, 2002 y 2011). El higienismo, como política de Estado, se irá consolidando en América Latina hacia fines del siglo XIX en estrecha vinculación con el 'control de las epidemias'. En tanto conjunto de normatizaciones y preceptos sobre la higiene, produjo un discurso que se circunscribió a la esfera moral; centralizando la intervención del Estado en aspectos preventivos y especialmente en la regulación del ambiente y la fiscalización de los modos de vida, sosteniendo 'prácticas autoritarias/paternalistas' y el ejercicio de una 'Política (o Policía) Médica' (Rosen, 1985; Almeida-Filho y Paim, 1999).

Canguilhem (2004) advierte como medicina y política coincidieron en un nuevo enfoque de las enfermedades y en especial, de las epidemias. En este marco señala que:

⁴ A este respecto, Foucault (2002: 141-142) señala que el momento histórico de las 'disciplina' es el momento en que nace un arte del cuerpo humano: *"Fórmase entonces una política de las coerciones que constituyen un trabajo sobre el cuerpo, una manipulación calculada de sus elementos, de sus gestos, de sus comportamientos. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone. Una 'anatomía política', que es igualmente una 'mecánica del poder', está naciendo (...) La disciplina fabrica así cuerpos sometidos y ejercitados, cuerpos 'dóciles'. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos económicos de utilidad) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos políticos de obediencia). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; de una parte, hace de este poder una 'aptitud', una 'capacidad' que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta"*.

“Aquí es donde cierto discurso encuentra oportunidad y justificación. Este discurso es el de la Higiene, disciplina médica tradicional hoy recuperada y travestida por una ambición socio-político-médica de ajuste de la vida de los individuos (...) Ya no se habla de suplantar la medicina por la higiene. No hay higiene sin médico (...) La imagen del médico hábil y atento de quien los enfermos singulares esperan su curación va siendo ocultada, poco a poco, por la de un agente ejecutor de las consignas de un aparato de Estado” (Canguilhem, 2004: 30-79).

Se configuró así un dispositivo disciplinario que apeló a distintas formas de coacción y de control, y que confirió al Estado las facultades de definir políticas, leyes y reglamentos referentes a la salud colectiva y de fiscalizar su aplicación social (Rosen, 1985; Almeida-Filho y Paim, 1999). A este respecto, Canguilhem considera la dimensión política en que se inscriben las prácticas médicas, notando como: *“La vigilancia y mejoramiento de las condiciones de vida han sido objeto de medidas y reglamentos decididos por el poder político instado e informado por los higienistas”* (Canguilhem, 2004: 39-40).

El campo de la salud, inevitablemente referido al ámbito colectivo-público-social, ha transitado históricamente por sucesivos movimientos de recomposición y redireccionamiento de prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado que definen, en cada coyuntura, las respuestas sociales a las necesidades y los problemas de salud (Paim y Almeida-Filho, 1998).

Se distinguen varios modelos sanitarios que sustentan el papel del Estado en la construcción de las políticas públicas en salud. Almeida-Filho y Paim (1999) analizan los principales elementos del discurso de los movimientos ideológicos que históricamente construyeron el campo social de la salud desde la Segunda Guerra Mundial hasta la actual coyuntura, a saber: Higienismo/Policía Médica, Medicina Social, Sanitarismo/Salud Pública, Medicina Preventiva, Salud Comunitaria, Atención Primaria de la Salud, Promoción de la Salud, ‘Nueva Salud Pública’/Salud Colectiva.

Aunque las bases conceptuales/ideológicas de los modelos sanitarios y los marcos de sus prácticas se inscriben de modos divergentes, se registran coexistencias y articulaciones, más o menos evidentes, en determinados

momentos históricos y especialmente durante las prácticas de prevención y de control de los brotes/epidemias (Paim y Almeida-Filho, 1998; Almeida-Filho y Paim, 1999).

Las políticas públicas en salud han emergido históricamente desde el Estado y sus instituciones a partir del desarrollo de normas previstas como 'obligatorias' (políticas normativas) con repercusiones en la sociedad, afectando la vida de los sujetos y grupos sociales e influyendo en el modo en cómo éstos ordenan e interpretan la realidad. En este sentido, constituyen un conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado frente a cuestiones sociosanitarias problematizadas que concitan interés, atención y movilización, lo que puede conducir a políticas públicas menos prescriptivas y más participativas. Es la perspectiva histórica la que permite reconstruir los procesos de surgimiento, desarrollo y resolución de estas cuestiones, dentro de la cual las políticas públicas cobran sentido (Oszlak, 2009; Oszlak y O'Donnell, 1995).

Desde una reflexión sobre las políticas sociales y recuperando los conceptos de política, estrategia y poder en términos de un redimensionamiento teórico de la salud como 'campo de fuerza', de práctica y de aplicación de la ciencia, Testa (1997) reconoce a la salud pública en tanto construcción histórica y práctica social.

Desde la perspectiva de la 'Nueva Salud Pública'/Salud Colectiva, aunque la prevención es entendida como un aspecto de la promoción de la salud no se desliga totalmente de su tendencia histórica a la prescripción de conductas, lo que se vincula al concepto de estilo de vida entendido como sumatoria de comportamientos, hábitos y actitudes plausibles de ser modificados aisladamente de la trama que los articula en un modo de vida complejo (Almeida-Filho, 2000; Czeresnia y Machado de Freitas, 2008).

El análisis del papel de la medicina y el de la epidemiología aporta una visión tecnicista e instrumental de la relación salud-vida cotidiana que legitima la normatización y la intervención de 'especialistas' (médicos, funcionarios estatales y otros agentes) en los modos de vida de los sujetos y grupos sociales (Curetti, 2011a). De este modo, se reconoce que el modelo biomédico opera a través de mecanismos externos de control y regulación, bajo formas de coerción y de consenso (Grimberg, 2002). Estos mecanismos se aplican en el mundo de

la vida cotidiana donde se lidia con la enfermedad y se despliegan representaciones y prácticas que permiten a los sujetos y a los grupos gestionar la enfermedad en contextos específicos (Pierret, 2000).

La enfermedad cuestiona la 'actitud natural' de los grupos sociales frente a los padecimientos, plantea la irrupción de una realidad 'médica' que conlleva racionalidades y sentidos propios, a la vez que interpela el mundo cotidiano de los sujetos y exige de los individuos medidas que permitan restaurar el orden perdido (Schutz y Luckmann, 2001; Schutz, 1979).

1.2. La Práctica y el Saber Biomédico de la Enfermedad

El proceso salud-enfermedad-atención, considerado en términos estructurales, supone la existencia, en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales estratificados que la integran, de representaciones, prácticas y experiencias para entender, enfrentar, convivir y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencias generadas por las enfermedades, los padecimientos y los daños a la salud (Menéndez, 1994 y 2010). Desde esta perspectiva, el proceso salud-enfermedad-atención *“es una parte sustantiva de las formas y modo de vida de los conjuntos sociales (...) la enfermedad, los padecimientos, constituyen algunos de los hechos más frecuentes, recurrentes, continuos, inevitables, que afectan la vida cotidiana de los conjuntos sociales”* (Menéndez, 1990b: 39). También constituyen hechos cotidianos las respuestas sociales a la presencia y reconocimiento de las enfermedades y padecimientos, conformando una estructura necesaria para la producción y reproducción biosocial de toda sociedad. En este sentido, tanto los padecimientos como las respuestas sociales hacia los mismos constituyen un universal que opera estructuralmente, aunque de forma diferenciada, en toda sociedad y en los grupos sociales estratificados que la integran.

Los sujetos y los grupos sociales no sólo generarán técnicas y saberes, sino también ideologías, para lidiar con las diversas variedades de padeceres -que transitan desde la enfermedad a los pesares-, una parte de las cuales se organizarán profesionalmente:

“Todas las sociedades ‘necesitan’ producir estrategias de acción técnica y socioideológica respecto de los padecimientos que reconocen como tales; una de ellas es la producción de curadores reconocidos institucionalmente y autorizados para atender un determinado espectro de daños a la salud individual y colectiva. No hubo que esperar a la epidemiología para determinar que los padecimientos presentan un eje individual y uno colectivo. Todas las sociedades han reconocido algunos de los padecimientos como fenómenos que adquieren carácter colectivo y que, por lo menos, en parte deben ser solucionados a nivel colectivo” (Menéndez, 1994: 72).

Menéndez (2002: 310-311) señala que debido a la cotidianeidad y recurrencia con que se presentan los padecimientos, algunos de los cuales pueden manifestarse como permanentes o circunstanciales amenazas a nivel real o imaginario, *“los conjuntos sociales tienen necesidad de construir significados sociales colectivos (...) para poder explicarlos, solucionarlos o convivir con ellos”*. Señala que incluso éstos pueden ser resignificados para convertirlos en parte ‘normalizada’ de sus formas de vida, o ser transformados en otro tipo de entidades no asumidas como enfermedades. Así, el proceso de salud-enfermedad-atención es una de las áreas de la vida colectiva donde se estructuran la mayor cantidad de simbolizaciones y representaciones. Las interpretaciones sobre las causas de los padecimientos, las formas de atención/prevención y los sistemas ideológicos de significación se construyen dentro de procesos históricos que se caracterizan por las relaciones de hegemonía/subalternidad entre los diversos sectores sociales que esgrimen sus saberes en torno al proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994 y 2002).

Los conceptos de forma, saber y modelo⁵ corresponden a diferentes niveles de abstracción y son complementarios. Se entiende por saberes *“a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de*

⁵ Estos tres conceptos consisten en construcciones generadas por el propio investigador (Menéndez, 2009).

curadores o sujetos y grupos legos”; por formas “*a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales*”; y por modelos⁶ “*a una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas*” (Menéndez, 2009: 25).

El concepto de saber se ubica en un mayor nivel de abstracción que el de representaciones y prácticas, refiriendo a:

“la articulación que opera el médico en términos funcionales-intencionales entre el conocimiento científico-técnico aprendido en su proceso formativo universitario; el conocimiento y técnicas obtenidos a partir de su trabajo profesional; las costumbres ocupacionales incorporadas en las instituciones médicas y la apropiación y resignificación técnica de las representaciones y prácticas sociales medicalizadas” (Menéndez y Di Pardo, 1996: 58).

Es con este saber que los profesionales actúan para diferenciarse y manejar las representaciones y prácticas de los conjuntos sociales referidas a los procesos de salud-enfermedad-atención. En este marco, Menéndez y Di Pardo (1996) analizan los procesos transaccionales entre médicos y pacientes y las situaciones conflictivas y contradictorias que surgen de la presencia intrínseca de lo social en parte de las representaciones y prácticas técnicas, junto a la necesidad profesional de excluirlas.

Estas representaciones, adquiridas por los profesionales a través del aprendizaje formal e informal en instituciones médicas, se ‘cargan’ de una objetividad diferencial, es decir, de una ‘objetividad científica’, conformando un sistema de expectativas y sentidos para la intervención/acción, que se realizan y modifican en la práctica concreta (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Por representación se entiende al conjunto de procesos subjetivos articulados que conforman los modos de percibir, categorizar y significar los diversos campos de la vida social y que pueden estar actuando orientando las estrategias de acción (Birman, 1991).

⁶ El concepto de modelo se tratará y profundizará posteriormente.

Siguiendo a Jodelet (1985 y 1989), las representaciones sociales constituyen formas de conocimiento práctico volcadas hacia la comunicación y la comprensión del entorno social, material e ideacional. En este sentido, son modalidades de conocimiento que se manifiestan como elementos cognitivos, afectivos y simbólicos (informaciones, imágenes, ideas, opiniones, creencias, deseos, valores, normas, conceptos, teorías), pero que jamás se reducen a esos componentes. Siendo socialmente elaboradas y compartidas, contribuyen a la construcción y a la reconstrucción de una realidad común a un conjunto social determinado, posibilitando la comunicación y orientando y organizando las conductas de los sujetos en su vida cotidiana y sus relaciones e interacciones con los demás. De este modo, las representaciones son esencialmente fenómenos sociales que deben ser entendidos no sólo a partir de su contenido cognitivo y afectivo, sino también, de su contexto de producción, es decir, a partir de las funciones simbólicas e ideológicas a las que sirven y a las formas de comunicación donde circulan (Jodelet, 1985 y 1989).

Estando situadas en la interfase de los fenómenos individuales y colectivos, las representaciones sociales se conforman a partir de las propias experiencias de los sujetos, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social (Jodelet, 1985). Siendo producidas y aprehendidas en el contexto de la comunicación, son necesariamente estructuras dinámicas, sujetas a cambios. Sin embargo, esta característica de flexibilidad y permeabilidad que las distingue, coexiste junto a contenidos más estables y marcas del pasado que posibilitan la emergencia de identidades compartidas. De esta manera, las representaciones, como campos socialmente estructurados, constituyen tanto expresión de las permanencias culturales, como lugar de lo múltiple, de lo diverso y de lo contradictorio (Moscovici, 1989; Jodelet, 2003).

Como construcciones contextualizadas, las representaciones sociales resultan de las condiciones en que surgen y circulan, ofreciéndose como una versión de la realidad sobre y con la cual actuar, como conocimiento práctico puesto al servicio de la satisfacción y de la justificación de las necesidades, intereses y valores del grupo que las produce (Jodelet, 2003). Emergen como elaboraciones o construcciones de sentido que realizan los sujetos sociales acerca de objetos socialmente valorados. Nunca son meras reproducciones de

esos objetos, sino que constituyen interpretaciones de la realidad mediadas por categorías histórica y socialmente constituidas. Es en este sentido que Jodelet (1985: 476) señala que la representación social:

“Siempre significa algo para alguien (para uno mismo o para otra persona) y hace que aparezca algo de quien la formula, su parte de interpretación (...) Debido a ello, no es simple reproducción, sino ‘construcción’ y conlleva en la comunicación una parte de ‘autonomía’ y de ‘creación individual o colectiva’”.

En el acto de representación siempre se produce una actividad de construcción y de aprehensión de la realidad social: *“Un juego de enmascaramiento y de acentuación de elementos que constituyen el objeto de la representación produce una visión de este objeto marcada por una distorsión significativa”* (Jodelet, 1985: 484). La representación aparece así como una forma comprometida y/o negociada de interpretar la realidad, como una construcción selectiva subordinada a un valor social; como conocimiento elaborado en función de aquellas condiciones que son valoradas y percibidas como de vital interés para los sujetos y grupos sociales. Es por ello que Jodelet (1989) considera que las representaciones sociales deben ser estudiadas articulando elementos afectivos, mentales y sociales; integrando la cognición, el lenguaje, la comunicación, las relaciones sociales que las afectan y la realidad social, material e ideacional sobre la cual ellas intervienen.

Menéndez (2002 y 2010) advierte que las representaciones sociales no expresan isomórficamente a las prácticas, es decir, a los hechos tal cual ocurren. Señala que si bien puede existir cierto nivel de correspondencia entre representaciones y prácticas sociales respecto al proceso salud-enfermedad-atención, también se registran diferencias y hasta discrepancias entre las mismas. De esta forma, la representación constituiría una suerte de ‘teoría’ del proceso, mientras que la práctica consistiría en lo que ‘realmente hacen’ los sujetos y grupos sociales. Como explicación y guía para la acción, la representación constituye la norma ideal que en la práctica se modifica. En este sentido:

“funcionaría como un marco referencial que se actualiza en situaciones concretas y en las cuales pueden emerger prácticas coyunturales o imprevisibles que incluyen el ‘marco referencial de la acción’, pero redefinido en función de los procesos transaccionales que se desarrollan en cada situación” (Menéndez, 2002: 361-362).

La experiencia es entendida en su doble vertiente: *“como dimensión estratégica en el estudio de la construcción social de los padecimientos y las distintas formas de sufrimiento social, en tanto subjetiva, histórica y culturalmente construida, y como organizadora de procesos identitarios y prácticas sociales”* en las distintas esferas de la vida cotidiana, ya que articula representaciones y prácticas desde una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativo-valorativas, emotivas) (Grimberg, 2009: 7). La experiencia se sitúa en un entramado de relaciones intersubjetivas y está sujeta, al mismo tiempo, a procesos estructurales históricos. Como unidad tensa entre acción y simbolización, conforma la base de la construcción y cambio de identificaciones y prácticas sociales (Grimberg, 2000 y 2003). En este marco, las narrativas constituyen *“modos de explicar y afrontar los padecimientos cotidianos y, a la vez (...) modalidades de construcción y reconstrucción de identidades y relaciones intersubjetivas”* (Grimberg, 2009: 7).

Los estudios sobre las experiencias y las narrativas en el campo de la antropología de la salud sostienen un posicionamiento crítico frente a la focalización biomédica de la enfermedad, que desconoce, secundariza o excluye los procesos socioculturales y culturales en los que se entrama y la diversidad de significaciones sociales y subjetivas implicadas (Scheper-Hughes, 1990; Menéndez, 2009; Grimberg, 2009).

En este sentido, los diversos saberes y formas de atención y prevención de las enfermedades que operan en una determinada sociedad suelen ser considerados antagónicos y excluyentes. El sector salud⁷ y la biomedicina han tendido a negar, desconocer y/o marginar a la mayoría de los saberes y formas

⁷ *“En determinadas sociedades, en razón del desarrollo de procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos, se construyeron sistemas académicos y/o científicos de explicación y acción sobre los padecimientos. Estos sistemas devinieron hegemónicos al interior de diferentes sistemas culturales”* (Menéndez, 1994: 72).

no biomédicas de atención/prevención de los padecimientos, por lo que se vuelve fundamental no sólo pensarlos en términos de eficacia técnica o de significaciones culturales, sino también reconocer su existencia.

Pero si bien se registran diferencias entre la biomedicina y los otros saberes (medicina tradicional y saberes populares), el reconocimiento de la oposición suele producirse principalmente a nivel de las representaciones técnicas, sociales e ideológicas de los curadores de los diferentes saberes, y mucho menos a nivel de las prácticas de los sujetos y grupos sociales que suelen integrar y articular transaccionalmente las diferentes formas y saberes⁸ (Menéndez, 2009).

1.3. El Enfoque Relacional

El presente trabajo se posiciona dentro de un campo teórico, el de las relaciones de hegemonía/subalternidad, que han sido abordadas por Menéndez en varias de sus obras, entre las cuales se destacan *'Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán'* (1981) y *'Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica'* (1990a). Este autor señala que uno de los principales aportes a la construcción de su enfoque⁹ proviene del marxismo gramsciano y especialmente de la influencia del pensamiento y de la obra de Ernesto de Martino¹⁰. A este respecto, expresa que

⁸ En las sociedades actuales domina el 'pluralismo médico', ya que la mayoría de la población utiliza varios saberes y formas de atención/prevención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud (Menéndez, 2009).

⁹ Menéndez (1990a) menciona también otros aportes de diferente orientación teórica que han contribuido a la constitución de su enfoque, a saber: las propuestas sobre 'desviación' de Lemert, del interaccionismo simbólico, y en particular de Goffman, de la teoría crítica de la desviación, fundamentalmente en su tendencia británica (Taylor), de la escuela británica de historia social (Thompson) y del construccionismo (Gusfield).

¹⁰ Ernesto de Martino (1908-1965) constituye uno de los referentes fundamentales de la antropología italiana. Su producción consiste en un intento sistemático de apropiación conceptual de la cotidianeidad de las clases subalternas italianas (fundamentalmente del campesinado meridional o de los sectores ligados al mismo), en la que permanentemente se vislumbra el compromiso político-intelectual que lo impulsa.

el continuador teórico-ideológico más importante de Gramsci¹¹ en las ciencias etnológicas y sociales es de Martino, quien recupera las dimensiones histórico-culturales, políticas, socioeconómicas e ideológicas de la enfermedad, especialmente en lo relativo a la medicina tradicional y a los saberes populares (Menéndez, 1981).

Dado el enfoque que se adopta en esta investigación, se considera fundamental explorar algunos aspectos de las obras de Gramsci y de Martino¹². En esta instancia, adquieren especial interés los análisis en torno a los conceptos de hegemonía/subalternidad, a las relaciones de poder que perpetúan la subordinación de las clases subalternas, así como también, a las grietas y fisuras susceptibles de viabilizar la superación de esa subalternidad.

Menéndez (1990a) advierte que la adopción de una perspectiva relacional, le permitió la formulación de un enfoque teórico-metodológico que en el máximo nivel de abstracción reconoce la existencia de tres modelos básicos: el Modelo Médico Hegemónico, el Modelo Alternativo Subordinado y el Modelo de Autoatención. Considera que el 'modelo' constituye un instrumento metodológico que supone una construcción a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico (Menéndez, 1990b). En este sentido, subraya que el modelo refiere a una construcción metodológica provisional de la realidad, que debe ser referida a la historicidad de los procesos y de las relaciones sociales que operan entre los actores. *“Su formulación se hace a partir de problematizar la realidad a estudiar, y de establecer hipótesis explicativas o interpretativas respecto de dicha realidad”* (Menéndez, 2009: 157).

¹¹ Antonio Gramsci (1891-1937) era un activista político y uno de los dirigentes del partido comunista italiano, antes de ser encarcelado por el régimen fascista de Mussolini. La naturaleza profundamente política de su proyecto intelectual en los *'Cuadernos de la cárcel'* se trasluce en sus notas que constituyen un análisis riguroso de la desigualdad y la injusticia, que creía indisociables de la lucha por la transformación social (Crehan, 2004).

¹² Resta mencionar que este trabajo constituye un primer acercamiento a las obras de estos autores. Con referencia a Gramsci, se encontraron algunas dificultades en la aproximación a sus escritos, por lo cual el análisis también se nutre de las contribuciones que realiza Crehan (2004). Con respecto a de Martino, cuya obra es prácticamente desconocida en el ámbito académico local (son de difícil acceso y muy pocas se han traducido al español), se hace especial referencia a *'La Tierra del Remordimiento'* (2000) y se recuperan los análisis de Menéndez (1981) del libro: *'Il mondo magico, Prolegomeni a una storia del magismo'*.

En consecuencia, el modelo no equivale a 'la realidad' que se quiere describir y explicar, sino que es una construcción 'basada' en la realidad, que posibilita comprender procesos específicos. Su aplicación supone una relación constante entre modelo e historicidad que posibilita mediante este interjuego teórico/empírico proponer generalizaciones tentativas, o bien, dar cuenta de procesos y problemas específicos y locales. A este respecto, menciona que:

“si bien los modelos se construyen a partir de datos empíricos, no debemos reducirlos a los datos empíricos observables, sino que debemos tratar de articular los procesos y los actores sociales a través de las relaciones inscriptas en lo observable, pero para proponer interpretaciones que vayan más allá de lo observable y de los procesos y fuerzas sociales manifiestas” (Menéndez, 2009:148).

Los modelos están planteados a partir del enfoque relacional, que implica procesos de hegemonía/subalternidad y que encuentra en el concepto de 'transacciones' la posibilidad de describir y explicar el conjunto de relaciones que operan potencialmente. A este respecto, Menéndez (1990a: 86) plantea que las transacciones *“suponen siempre procesos de reapropiación y rearticulación generados desde los grupos subalternos”*. Este enfoque busca reemplazar las descripciones posicionales utilizadas en los diversos estructuralismos marxistas, por otra cuyo eje explicativo recae en el conjunto de relaciones que estructural, pero también azarosamente, se establecen entre los sujetos sociales. Menéndez advierte que esta perspectiva no es 'nueva', sino que es una antigua propuesta teórica reiteradamente planteada y continuamente 'olvidada' (Menéndez, 1990a, 2002 y 2010).

Menéndez (1984) explicita que la constitución, crisis y transformación del Modelo Médico Hegemónico depende del sistema dominante y de los procesos transaccionales establecidos entre las clases dominantes y las subalternas. Estas transacciones suponen la existencia de saberes y prácticas alternativas que el sistema trata de apropiarse en su proceso de expansión. La autoatención en salud constituye una de estas prácticas alternativas, y expresa más que ninguna otra la posibilidad transformadora del conjunto de las clases en relación a los problemas de salud. Esta alternativa (como ser: los grupos de autoayuda

en salud) emana de diversos factores, entre los que se encuentran el fracaso y/o las limitaciones del Modelo Médico Hegemónico; pero su desarrollo no supone la existencia 'en sí' de un proyecto ideológico-político; sino que dicho proyecto se desenvuelve en función de los sectores sociales que se encargan de llevar a la práctica las propuestas alternativas.

Reconoce que el proceso salud-enfermedad-atención opera dentro de un campo social heterogéneo caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad, que suponen la existencia de desigualdades socioeconómicas, pero también socioculturales; que se expresan a través de procesos económico-políticos y de relaciones ideológico/culturales. La dimensión simbólica, que interviene de forma sustantiva en este proceso, puede favorecer la cohesión/integración de los diversos sectores, ocultando las causas que establecen las desigualdades y la dominación; o bien, puede promover formas de oposición o la constitución de diferentes tipos de transacciones que tiendan al desarrollo autónomo de los grupos subalternos (Menéndez, 2010).

El enfoque relacional adoptado implica asumir que las desigualdades y las diferencias operan no sólo en los grandes conjuntos sociales (clases sociales u otros sistemas de estratificación, como ser: género, etnicidad, edad, religión o enfermedad), sino también en los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios en que se desarrollan y expresan (como por ejemplo, la relación médico/paciente). En el nivel microsocioal se desarrollan procesos que no pueden ser explicados a partir del análisis macrosocioal, e inversamente, la dimensión macrosocioal tiene dinámicas y funciones que no pueden aprehenderse si se toma en consideración únicamente el nivel microsocioalógico. Las relaciones en términos de 'negociaciones sociales' ocurren tanto en los niveles micro, como en los macrosociales (Menéndez, 2002 y 2010).

Menéndez (2002) propone que más allá de que la investigación se desarrolle en un nivel específico (que dependerá del problema en estudio), se debería pensar la realidad a través de niveles articulados; ya que únicamente de esta manera se podrá acceder a una lectura comprensiva del fenómeno¹³. De igual manera advierte que se deberían "*observar los procesos estructurales en los*

¹³ Cabe distinguir que la adopción de esta orientación metodológica opera como un control epistemológico de los sesgos descriptivos, analíticos e interpretativos, y de las constantes tendencias a la extrapolación de niveles (Menéndez, 2002 y 2010).

comportamientos de los sujetos, así como dichos comportamientos en los procesos estructurales” (Menéndez, 2010: 294).

La descripción y el análisis de un problema determinado implica la inclusión de las desigualdades y diferencias que operan en términos relacionales dentro de un campo específico, considerando las características propias de cada actor, pero fundamentalmente, centrándose en el proceso relacional que se produce entre los diferentes actores sociales significativos. Entonces, la adopción de una perspectiva relacional se basa en el supuesto de que en el proceso de salud-enfermedad-atención siempre operan dos o más actores significativos. El focalizarse en este proceso que se produce entre los diversos actores sociales constituye una realidad diferente de la que se puede alcanzar si se considera a cada uno de ellos en términos particulares y aislados. A este respecto Menéndez (2010: 295) advierte que *“las experiencias, tácticas, estrategias de un sujeto no pueden ser realmente entendidas si no son referidas a las relaciones con los otros sujetos con los cuales el actor está interaccionando”*.

En este punto Menéndez (2010) realiza una profunda crítica a la aproximación metodológica reconocida como el *‘punto de vista del actor’*, que tuvo un fuerte desarrollo en la antropología médica (si bien se aplicó a una diversidad de procesos) desde mediados de los ‘70 y hasta la década de los ‘90¹⁴. Esta metodología se focalizó en la descripción de los significados y/o experiencias vivenciadas por un determinado actor social; excluyendo, desconociendo o secundarizando el hecho de que todo actor social opera siempre dentro de relaciones sociales¹⁵, es decir, omitiendo los aspectos relativos a la estructura social (en términos de relaciones sociales), así como también las dimensiones económico-políticas e ideológicas.

El análisis del proceso de salud-enfermedad-atención debe recuperar tanto la estructura social como la estructura de significado, incluyendo las condiciones de desigualdad y de diferencia que se expresan a través de las relaciones desarrolladas entre los diversos actores sociales significativos que están

¹⁴ La propuesta del *‘punto de vista del actor’* se ha ido desarrollando dentro de un proceso de continuidad/discontinuidad desde por lo menos la década de 1930; si bien se visibiliza fuertemente a partir de los ‘70 (Menéndez, 2010).

¹⁵ A este respecto, Menéndez (2010) nota que se analiza al actor sobre el cual se centra la investigación como si fuera un sujeto social aislado, y no un actor que construye la realidad a partir de las transacciones generadas con otros sujetos sociales.

interviniendo en una determinada situación. A este respecto Menéndez (2002: 321) sostiene que: *“dentro’ de la estructura social y de significado existen una diversidad de actores que pueden tener representaciones y prácticas similares, pero también saberes diferenciales, conflictivos y hasta antagónicos, respecto (...) de los procesos de salud/enfermedad/atención”*.

Los planteamientos en términos de hegemonía/subalternidad habilitan una lectura de la realidad en términos de relaciones, donde determinados procesos hegemónicos sólo se pueden comprender por la presencia de características del saber popular en los estratos dominantes; a la vez que ciertos elementos de oposición con que cuentan los grupos subalternos sólo pueden ser entendidos por esta presencia conjunta, aunque articulada de forma diferente (Menéndez, 1994). Más aún,

“la inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que no sólo pensemos en términos de hegemonía/subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, conduce o posibilita tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos” (Menéndez, 2009: 41).

Menéndez (1994) da cuenta de un aspecto sustantivo de la realidad social al señalar que los grupos subalternos articulan constantemente diversas representaciones y prácticas para enfrentar y solucionar las enfermedades y los padecimientos; y que en este proceso, el saber popular incluye, cada vez más, representaciones y prácticas derivadas de la medicina científica. Los sujetos y grupos sociales generan estas articulaciones en su vida cotidiana en función de sus necesidades y posibilidades; independientemente de que estas articulaciones sean reconocidas y/o incluidas por el sector salud. A este respecto, menciona que

“lo pertinente [a nivel teórico-metodológico] es remitir las prácticas y representaciones ‘populares’ y ‘científicas’ al campo social en el cual se constituyen y entran en relación los diferentes saberes; en este sentido, la forma en que un grupo articula su saber médico con el saber de los

otros sectores es lo que posibilita entender 'su' tipo de saber"
(Menéndez, 1994: 76).

A partir de lo señalado se desprende que uno de los conceptos centrales en la obra de Menéndez es el de transacciones: *"es el concepto más inclusivo que nosotros manejamos para la perspectiva relacional"* (Menéndez, 1990b: 52). Señala que las transacciones están determinadas por los mecanismos de coerción y de hegemonía; existiendo relaciones de reciprocidad subordinadas, relaciones de no reciprocidad subordinadas dentro del sistema de clases en el cual se incluyen dichas transacciones, y relaciones de reciprocidad no subordinadas pero que operan dentro de las mismas categorías socioeconómicas. Advierte también que en *"las sociedades capitalistas las transacciones dominantes son las asimétricas y subordinadas, y operan dentro de las clases subalternas como los mecanismos ideológicos y sociales básicos que manifiestan su autoexplotación (explotación) y autolimitación (limitación)"* (Menéndez, 1981: 381).

El concepto de transacciones permite *"una descripción de las articulaciones que en el nivel consciente, pero también en los niveles no conscientes e inconscientes, operan en las relaciones generadas entre los estratos dominantes y subalternos"* (Menéndez, 1981: 376). En este sentido, remite a aquellas situaciones en las que se encuentra definido el juego de relaciones sociales, económicas e ideológicas, pudiéndose abstraer la estructura dominante en estas relaciones.

En su obra *'Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán'*, y particularmente en su aproximación a Ticul, Menéndez (1981) observa que la estructura dominante de las relaciones produce no sólo una situación de dominación económica, política e ideológica, sino también de subordinación de los sectores subalternos, básicamente del campesinado y del sector artesanal; es decir, la condición de la dominación se verifica a través de la subordinación. Más aún, esta estructura de dominación/subordinación supone siempre la autoexplotación, la autolimitación y la autoinferiorización de los estratos subalternos. En este contexto, las necesidades y los problemas en salud deben ser comprendidos en función del sistema general que trata de determinarlos, apareciendo siempre mediatizados

por las posibilidades y los límites que establecen los niveles de productividad económica, social e ideológica; y del sistema de transacciones que los estratos establecen en sus mutuas relaciones de dominación/subordinación.

Advierte que no obstante la existencia y el reconocimiento de problemas de salud concretos por parte de los sujetos y los grupos sociales, éstos no tienden a plantear estrategias cuestionadoras para la solución radical de los mismos, sino que lo que más frecuentemente formulan los sectores subalternos son sistemas de transacciones que se desarrollan mediante los canales institucionales y legitimados generados por las clases dominantes. Entonces, las transacciones que se producen *“tienden no sólo a fundamentar el poder y la hegemonía establecidos, sino a asegurarlos a través de los mecanismos centrados en la explotación y autoexplotación de las clases subalternas”* (Menéndez, 1981: 378).

En este punto, Menéndez (1981) plantea que la medicina científica, en su proceso de constitución y expansión como ideología curativa dominante, supuso la exclusión ideológica de otras prácticas, pero no su eliminación; señalando que tampoco implicó que las formas tradicionales se opusieran a las dominantes. Esto es lo que de Martino (2000) comprendió tempranamente, es decir, una cuestión es la hegemonía ideológica y otra la eliminación de las formas y procesos secundarios. A este respecto, menciona que para de Martino:

“las clases subalternas (...) asumen y desarrollan sus propias prácticas, junto y al margen de las prácticas dominantes, y cumplen para los sectores subalternos funciones de estructuración y mantenimiento que no son necesariamente opositoras. Vale decir, pueden ser ‘opositoras’, hasta cuestionadoras; pueden en algunas situaciones adquirir un contenido ideológico político de enfrentamiento activo o pasivo, pero en general son complementarias del sistema dominante” (Menéndez, 1981: 326).

Cabe mencionar que si bien las relaciones de hegemonía/subalternidad han sido planteadas recurrentemente¹⁶, es Gramsci quien las profundiza y elabora al realizar una síntesis teórico-política entre la dimensión económica-política y la dimensión ideológica-cultural, que posibilita recuperarlas -junto al tercer concepto que elabora, que es el de contrahegemonía- para aplicarlas en el análisis de ciertos procesos que se encuentran operando en la actualidad.

El valor del enfoque gramsciano radica en el reconocimiento de la realidad de unas desigualdades fundamentales y sistemáticas, en el rechazo de todo reduccionismo económico y en la consideración de la complejidad y la especificidad de los mundos culturales que habitan las clases subalternas. En última instancia, la cuestión central para Gramsci es la del poder: quién detenta el poder y quién no, quién es el opresor y quién el oprimido, y cuáles son las especificidades de las relaciones de opresión. Su interés radica, en tanto militante comprometido, en aquellas visiones del mundo capaces de movilizar a los oprimidos para superar su opresión (Crehan, 2004).

Según Crehan, Gramsci nunca planteó una definición clara y concisa de hegemonía¹⁷, ya que no estaría refiriendo a una forma concreta de poder, sino que se trataría *“de una manera de caracterizar unas relaciones de poder siempre cambiantes y sumamente versátiles capaces de adoptar formas muy distintas en diferentes contextos”* (Crehan, 2004: 122).

En los *‘Cuadernos de la cárcel’* han quedado reflejados los diversos usos del concepto de hegemonía, expresando la diversidad de formas que pueden adoptar las relaciones reales de poder en distintos contextos y las formas concretas en que éstas se vivencian. Una de las maneras en que puede pensarse es a través de la compleja interconexión entre consenso y coerción. A este respecto, Crehan (2004: 123) señala que *“para Gramsci, las relaciones de poder ocupan un continuum que presenta en un extremo la coerción directa mediante la fuerza bruta, y en el otro el consentimiento voluntario”*.

¹⁶ Si bien el origen de los planteos sobre las relaciones de hegemonía/subalternidad se encuentra en Hegel, posteriormente fueron recuperadas por importantes políticos marxistas, fundamentalmente por Lenin.

¹⁷ Crehan (2004) relata que Gramsci no concibió inicialmente a la hegemonía como un concepto teórico, sino que llega a éste como resultado de su análisis del proceso de formación del Estado italiano durante e inmediatamente después del Risorgimento (movimiento que propició la unificación de Italia como Estado independiente en 1870).

De este modo, el concepto de hegemonía se encuentra frecuentemente asociado a la organización del consentimiento, pero también puede incluir a la fuerza o la coerción. A este respecto, Crehan (2004) señala que a través de los usos de este término Gramsci estaría abordando el problema de cómo se producen y se reproducen las relaciones de poder que sostienen las diversas formas de desigualdad.

La desigualdad aparecía para Gramsci como la incapacidad de los grupos subalternos de producir una interpretación coherente del mundo en el que viven, que sea capaz de cuestionar las interpretaciones hegemónicas existentes (que conciben el mundo desde la perspectiva del dominante) de una forma 'efectiva'. Sobre este último punto, cabe mencionar que Gramsci reconoce que los grupos subalternos tienen concepciones del mundo propias, pero éstas se presentan como fragmentarias, incoherentes y contradictorias, es decir, no disponen de una percepción nítida y rigurosa del entorno local de opresión, y menos aún, de su vinculación con las grandes realidades políticas y económicas, cuestiones que son fundamentales si una concepción subalterna aspira a convertirse en contrahegemónica (Gramsci, 2001; Crehan, 2004).

Las contrahegemonías, capaces de desafiar a la hegemonía dominante, nacen de la realidad y de las vivencias cotidianas del pueblo oprimido. Pero para Gramsci, las contrahegemonías en embrión emanarían en forma de amalgama incoherente, necesitando del trabajo de intelectuales comprometidos para que adquieran coherencia y rigor intelectual. Así, todo aspirante a revolucionario debe conocer las realidades culturales que está llamado a transformar (Crehan, 2004).

De Martino fue el que llevó a sus más claras consecuencias el uso de los conceptos de hegemonía/subalternidad. Se volcó a la antropología religiosa, debido a que Gramsci señalaba que a través de la religiosidad popular podía observarse con mayor transparencia los procesos de hegemonía/subalternidad y el uso que la clase dirigente italiana hacía en forma intencional de las creencias religiosas como mecanismo de subalternización de las clases populares.

En sus diversas obras, de Martino busca rescatar, junto al catolicismo oficial y hegemónico sostenido por las clases dominantes, la existencia de elementos de contestación, de cuestionamiento y de diferenciación que evidenciaran posibilidades contrahegemónicas entre el campesinado del sur de Italia; no tanto

en términos políticos, sino fundamentalmente culturales (ya que a través de los elementos culturales se podría estructurar un proyecto político, idea que también sostenía Gramsci¹⁸).

A este respecto, en uno de sus trabajos más conocidos, *'Il mondo magico, Prolegomeni a una storia del magismo'*, de Martino expresa que la cultura de las clases subalternas constituye un testimonio del 'riesgo generado por el proceso de explotación clasista y colonial'. Frente al riesgo de la 'miseria global' (la miseria económica, la psicológica y la cultural) que las condiciona, encuentra que la alternativa que generan de forma autónoma las clases subalternas continúa siendo básicamente las técnicas mágicas (mediante las cuales tratan de controlar el 'riesgo' y la dominación). Sin embargo, sostiene que hasta el momento dicha alternativa ha servido básicamente para la dominación, es decir, la cultura dominante ha funcionalizado el 'mundo mágico' para ejercer su hegemonía (Menéndez, 1981).

Frente al 'riesgo' permanente, donde no sólo se puede perder la vida, sino muchas veces la 'conciencia', de Martino encuentra los fundamentos de una clase subalterna que deshistoriza permanentemente la realidad para poder conjurar el 'riesgo'. Así, considera que el 'mundo popular subalterno' necesita detener la historia para superar las situaciones más críticas, aunque esto reproduzca el proceso de explotación y dominación. La única forma que tienen las clases subalternas de superar la situación de 'miseria global' es la historización, es decir, sólo la ruptura puede conducir a la producción de una alternativa (de Martino, 2000 y Menéndez, 1981).

En *'La tierra del remordimiento'*, de Martino reconoce que su investigación etnográfica no responde al simple interés por conocer o sistematizar creencias y prácticas tenidas como 'arcaicas' o 'reliquias de un pasado que había que salvar', y menos aún a la mera finalidad académica, sino *"al reconocimiento explícito de una pasión actual, relacionada con un problema vital de la civilización a la que se pertenece, a una dificultad de la praxis, a un estímulo de la historia condensa*

¹⁸ Gramsci (2001) considera que el estudio del folklore constituye una vía para descubrir el modo en que las clases subalternas viven y conciben al mundo. En este sentido, el valor del estudio del folklore reside en la posibilidad de encontrar 'restos de evidencias' ('aunque mutilados y contaminados') de estas concepciones que portan las clases subalternas, que son potencialmente alternativas, de oposición, y que no han quedado registradas en la historia.

o de la *res gerendae*”, a una “*originaria motivación transformadora*”¹⁹ (de Martino, 2000: 18/35).

Sus investigaciones etnográficas (e interdisciplinarias²⁰) en 1959 lo llevan a abordar el tarantismo apuliano en Salento, como un episodio concreto que requería el compromiso de la coherencia historiográfica, debido a que se presentaba como un nexo de fuertes contradicciones. En este sentido, se podía considerar al tarantismo como enfermedad (es decir, de acuerdo al enfoque médico representaba un síndrome tóxico por la picadura de un arácnido venenoso conocido como latroductismo, o bien, una alteración psíquica dependiente o independiente del aracnismo); pero también se podía interpretar como opciones culturales definidas, ya que el comportamiento del tarantismo evocaba ciertos símbolos mítico-rituales, episodios del conflicto entre cristianismo y paganismo en el marco de la sociedad y la vida cultural meridional. Señala que el tarantismo como problema histórico-religioso regional, está vinculado concretamente a toda la vida cultural y a los condicionamientos socioeconómicos y políticos (de Martino, 2000).

Los ‘atarantados’ (mayoritariamente mujeres campesinas) compartían la ideología de la cura de la picadura de la tarántula mediante la música, la danza (la tarantela) y los colores, es decir, a través de un complejo ritual musical-coreico-cromático de exorcismo de la tarántula. En su calidad de modelo cultural, el símbolo de la tarántula explora un orden mítico-ritual, que se repetía cíclica y estacionalmente (destinado a disciplinar una ‘vuelta’, vigilado por la sociedad y acreditado por la tradición), para componer conflictos sin resolver, que ‘remuerden’ en la oscuridad del inconsciente y reintegrar a los individuos en el grupo. La estabilidad y la regularidad del tarantismo reside en el símbolo mítico-ritual de la tarántula y en el exorcismo, pero la ejecución del ritual es bastante

¹⁹ De Martino (2000) considera que el conocimiento histórico de una realidad a transformar, aumenta el poder operativo de la acción transformadora. Sin embargo, reconoce que se trata de dos momentos rigurosamente distintos, situándose en el del conocimiento del fenómeno y excluyendo el análisis de los modos de intervención que modifiquen la situación observada. Más aún, el problema de la ‘transformación’, trascendía por mucho el episodio ‘molecular’ elegido, ‘el tarantismo apuliano’, que además, se encontraba condenado a desaparecer por completo en pocos decenios.

²⁰ De Martino contaba con un equipo de investigación compuesto por especialistas en psiquiatría, psicología, etnomusicología y antropología cultural; recurriendo en forma subsidiaria a otras disciplinas “*en un intento de superar la antítesis tradicional entre humanismo y naturalismo*” (de Martino, 2000: 14).

moldeable, de acuerdo al contenido crítico que el atarantado debe 'representar', canalizar en el rito y resolver simbólicamente; como si el dispositivo simbólico fuera plegándose a los simbolismos individuales (de Martino, 2000).

El tarantismo se presenta como un fenómeno que entra en contradicción con el saber médico hegemónico, donde las creencias populares tienen eficacia, otorgan identidad y portan diferencia al habilitar una 'cura' a un 'padecimiento', frente al cual el saber médico se presenta como impotente o ineficaz.

A partir del análisis de la literatura diacrónica y de la observación del fenómeno, de Martino expone en qué sentido es legítimo hablar del tarantismo como de una 'religión del remordimiento' que existió durante siglos en un entorno cultural en el que gozaba de plena autonomía, aunque dada su disgregación actual parecía estar condenada a desaparecer. Señala que con la palabra 'remordimiento' se designa a la punzante rememoración de una elección mal hecha y a la necesidad de una elección reparadora; mientras que en la crisis del tarantismo se trata de un conflicto sin resolver en el que ha quedado atrapada la presencia individual: *"perdido para la rememoración resolutiva, vuelve a plantearse como síntoma cerrado, incomprendible (...) el remordimiento no está en el recuerdo de un pasado malo, sino en la imposibilidad de recordarlo para decidirlo y en la servidumbre de tener que sufrirlo"* (de Martino, 2000: 190). El conflicto ingresa a la conciencia mediante el símbolo de la tarántula, pero no entra como un nuevo síntoma de la enfermedad, sino como un proyecto de evocación y liberación, de recuperación y de reintegración a través de la colaboración de la comunidad. Esta orientación del símbolo de la tarántula comporta una voluntad mediata de historia, un proyecto de 'vida en común', un afán por escabullirse del aislamiento neurótico, *"para participar en un sistema de fidelidades culturales y en un orden de comunicaciones interpersonales acreditado tradicionalmente y compartido socialmente: un ethos elemental e históricamente condicionado"* (de Martino, 2000: 191).

Para finalizar, resta señalar que las obras de Menéndez, de Gramsci y de Martino cimentaron las bases de la perspectiva adoptada en este estudio, la cual permea el trabajo de campo etnográfico, instrumentalizando una cierta mirada acerca del fenómeno dengue, de los saberes y prácticas biomédicas que se elaboran acerca del mismo y del conjunto de relaciones de hegemonía y

subalternidad que se entablan durante las 'campañas de prevención' de esta enfermedad.

La articulación teórica de los conceptos de construcción social y de hegemonía posibilita preguntarse acerca de la operatoria de un sistema normativo-valorativo en la construcción social de la enfermedad del dengue, atendiendo en particular a los saberes, las técnicas y los procedimientos biomédicos; y a exponer el rol constructor de sentidos y significados acerca de la enfermedad por parte de la medicina (y de los actores del sector salud) y su rol normativo con relación a las prácticas sociales.

Interesa detenerse especialmente en la potencialidad que guarda el concepto de transacciones para describir y comprender las relaciones sociales que operan estructural, pero también azarosamente, durante las intervenciones preventivas que realiza el sector salud en entornos urbanos empobrecidos. Es en este marco en que el enfoque relacional posibilita poner al descubierto las relaciones de poder que atraviesan y subyacen a los dispositivos y mecanismos de intervención/prevención que sostiene el sector salud en Tablada, perpetuando la subordinación de las clases subalternas, a la vez que conteniendo el germen susceptible de viabilizar la superación de esa subalternidad.

En este sentido, Tablada irrumpe como un espacio privilegiado donde confluyen los actores del sector salud encabezando 'las campañas de prevención' del dengue y los 'operativos de control y descacharrización', y los grupos sociales que desde sus representaciones y prácticas sobre la enfermedad construyen estrategias para enfrentarla.

CAPÍTULO 2. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

“Sobre todo, uno se pregunta: ¿Qué he venido a hacer aquí? ¿Qué espero? ¿Con qué fin? ¿Qué es exactamente una investigación etnográfica? ¿El ejercicio normal de una profesión como las demás, con la única diferencia de que el escritorio o el laboratorio están separados del domicilio por algunos millares de kilómetros? ¿O la consecuencia de una elección más radical, que implica poner en cuestión el sistema donde uno ha nacido o ha crecido?” (Lévi-Strauss, 1988: 430).

Este trabajo se focaliza en la descripción y análisis de los sentidos y significados que adquirió la enfermedad del dengue para el sector salud, y de las prácticas biomédicas que se desplegaron en el año 2011 para prevenir la ocurrencia de una nueva epidemia en el barrio Tablada.

Para ello se adopta una metodología de investigación cualitativa que combina el análisis crítico de documentos y el estudio etnográfico¹ de las situaciones de interacción que se produjeron en el marco de las ‘campañas

¹ La etnografía, como método abierto de investigación en terreno, envuelve técnicas no directivas, fundamentalmente la observación participante y las entrevistas no dirigidas. Una de sus características distintivas es el contacto prolongado con los sujetos de estudio y la descripción de la perspectiva ‘nativa’, es decir, lo que los miembros de determinado grupo social dicen y hacen. Pero esa descripción deviene de la articulación entre la elaboración teórica del investigador y la interpretación problematizada de lo que vió y escuchó respecto a algún aspecto de la realidad empírica (Guber, 2004). Guber (1991: 85) señala que: *“La tensión entre el bagaje del investigador y la originalidad del campo recorre (...) la totalidad de la disciplina”*. En este sentido, en el enfoque etnográfico es fundamental que el investigador logre descentrarse de sus propios parámetros, que rebase los límites de su sentido común, de sus intereses, de sus objetivos, no incurriendo ni en etno ni en sociocentrismos que diluyan incontroladamente la realidad social que quiere conocer.

preventivas' entre los propios actores del sector salud, y entre éstos y los pobladores del barrio.

El análisis crítico de las narrativas/contenidos de fuentes documentales y de diversos materiales de difusión permite recuperar algunas de las miradas y sentidos que se construyeron en torno a la enfermedad del dengue, a la formulación de programas y gestión de estrategias de trabajo territoriales y a la planificación y ejecución de las intervenciones preventivas.

Los documentos y materiales de difusión analizados abordan la problemática del dengue en Rosario desde el inicio del brote epidémico en la ciudad (a mediados de Marzo de 2009) hasta finales del año 2012, concentrándose fundamentalmente en el período comprendido entre Diciembre de 2010 y Abril de 2011. Consisten en fuentes secundarias de carácter público, o bien, de circulación interna: programas, guías, manuales de procedimiento, informes, instrumentos/instructivos para el relevamiento de datos, folletos y notas; elaborados por diversas instituciones, dependencias y actores, a saber: Área de Epidemiología y Área de Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario, Dirección General de Comunicación Social y Dirección General de Política Ambiental de la Municipalidad de Rosario, Ministerios de Salud de la Provincia de Santa Fe y de la Nación.

El estudio etnográfico posibilita recuperar, a través de observaciones participantes y de entrevistas en profundidad, semiestructuradas, parte de los saberes y de las prácticas biomédicas en torno a la prevención de la enfermedad del dengue en un espacio social-territorial concreto, el sector Noreste del barrio Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario), haciendo foco preponderantemente en las acciones que se desplegaron en el período comprendido entre Febrero y Marzo del año 2011².

² El registro de las observaciones y entrevistas se realizó en un diario de campo, también se empleó grabador de voz. Además, en algunas oportunidades se recurrió a la documentación fotográfica. En todos los casos se contó con el consentimiento previo para hacerlo. Se han omitido algunos detalles descriptivos en vistas a preservar la identidad de las personas que han participado de este trabajo, algunas de ellas manifestaron *"temor a las represalias por hablar de más"*, manifestando su voluntad expresa de permanecer en el anonimato; mientras que dos o tres querían *"aparecer con nombre y apellido"*. Estos planteos fueron valorados a la luz del desarrollo de las entrevistas. En este sentido, resulta interesante recuperar las palabras de Minayo (2009: 180) cuando menciona que: *"Las revelaciones de bastidores generalmente son hechas*

Cabe señalar que este territorio constituye el locus privilegiado sobre el que se ha optado circunscribir la mayor parte de la presente investigación³. El sector propiamente dicho se despliega desde el Bv. 27 de Febrero al Norte, hasta la calle Garay al Sur; y desde la calle Necochea al Oeste, hasta la Avda. Belgrano al Este.

Este escenario reviste la particularidad de haber registrado durante la epidemia del año 2009 el primer caso autóctono de la enfermedad en Rosario y cerca de la totalidad de los casos de dengue que se produjeron en el Distrito Sur. En este sentido, mientras que tanto en el resto del barrio como en otras zonas del Distrito se detectaron casos aislados que se distribuían de manera aleatoria en el espacio; el sector Noreste de Tablada concentró en un área muy reducida, que comprendía algunas manzanas situadas en las inmediaciones de las barrancas, el mayor número de casos de dengue confirmados por serología y por nexos epidemiológicos⁴.

por personas no-miembros o, de alguna forma, no incluidas y en conflicto con el colectivo”.

A este respecto, Pierret (2000) advierte sobre la importancia de considerar la postura del entrevistado para analizar e interpretar los discursos recogidos, ya que las condiciones de producción de los datos afectan a la construcción del objeto. La entrevista abre un espacio de palabra que puede adquirir significaciones divergentes para los sujetos entrevistados e influir en los discursos producidos. Puede ser considerada como un espacio para testimoniar y relatar su vida en nombre de un valor general y militante; ser un medio de salir de su silencio y de su soledad para hacer conocer temas prohibidos/secretos; ser pensada como un lugar de explicitación y de justificación de su situación; ser percibida como un espacio de ayuda y de sostén, tomando una dimensión de consejo, entre otras. De esta manera, se debe indagar acerca de las condiciones de realización de las entrevistas, ya que pueden afectar el tipo de datos recogidos. El análisis de estos materiales cualitativos *“debe esforzarse por ir más allá de las restituciones individuales para despejar las lógicas de organización del discurso y subrayar las diferencias y similitudes entre los relatos recogidos (...) de reconstituir las grandes categorías de análisis y poner en evidencia los universos de creencias que atraviesan estos discursos y permiten compararlos”* (Pierret, 2000: 39).

³ Como se mencionó en la Introducción, este estudio se inscribe en el marco de una investigación más amplia acerca de la temática, por lo que cabe aclarar que también se ha realizado trabajo de campo en otros sectores de Tablada y en otros barrios del Distrito Sur. Sin embargo, el área aquí seleccionada es la que mayor número y variedad de intervenciones preventivas ha tenido desde que ocurriera el brote epidémico debido a que continua registrando ininterrumpidamente la presencia del vector y del virus, por lo que se ha optado por circunscribir y focalizar las observaciones y entrevistas en este espacio territorial.

⁴ Se volverá sobre este punto en el tercer capítulo *“Dengue: Pasado y Presente de una Enfermedad Reemergente”*.

Respecto al recorte temporal seleccionado, la continuidad a lo largo de los años del trabajo de campo permitió reconocer la riqueza del período seleccionado dado que contó con un ‘abanico’ de actividades preventivas que se desplegaron consecutivamente en los meses de Febrero y Marzo.

Resta destacar que las observaciones etnográficas se realizaron durante la ‘estación cálida’, ya que el fenómeno dengue/prevención localmente se circunscribe a esa temporada⁵. Siguiendo esta lógica cuasi ecológica-ambiental, las observaciones se reanudaron a partir de Diciembre de 2010 y se continuaron hasta principios de Mayo del año 2011; siendo semanales e intermitentes en un inicio, hasta volverse diarias y sistemáticas en los meses de Febrero y Marzo, más asistemáticas y puntuales durante Abril hasta diluirse entrado el mes de Mayo.

Las observaciones participantes se realizaron durante las actividades de prevención desarrolladas por los equipos de salud en Tablada en los espacios privados/domésticos del sector Noreste del barrio y en las actividades grupales/talleres formativos que se desplegaron en el ‘Parque del Mercado’. Otros ámbitos de observación fueron las reuniones de planificación previas a las intervenciones y de evaluación posteriores a las mismas, ambas instancias se programaron y desarrollaron en el Auditorio de la Casa de Promoción de la Salud (ex Maternidad Martín), en algunas oportunidades también se produjo el encuentro ‘espontáneo’ en el Área de Epidemiología (Área de Información en Salud/‘Sala de Situación’). Asimismo, se realizaron observaciones de algunas reuniones de equipo destinadas a organizar las ‘salidas territoriales’ en los Centros de Salud N° 6 “Eva Perón” (Provincial) y en los Centros de Salud “Rubén Naranjo” y “Luis Pasteur” (Municipales), en el “Club El Porvenir” (lugar donde “se hacía la previa antes de salir a patear el barrio”), y en el Auditorio del CEMAR (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario) en ocasión de las charlas formativas/informativas destinadas a los profesionales de la salud de

⁵ Dado que el trabajo de campo se viene realizando desde años previos, se pudo observar el paralelismo existente entre el momento en que resurge la ‘problemática dengue/prevención’ para el sector salud y la ciclicidad en que se manifiesta el propio fenómeno a nivel ecológico-ambiental. Fenómeno que se circunscribe mayoritariamente a los meses de verano donde son más altas las temperaturas, si bien en otros años (no fue ese el caso del año 2011) se prolongó hasta entrado el otoño debido a las condiciones climáticas favorables para la proliferación del vector (calor y lluvia).

diversos barrios y a los voluntarios (estudiantes avanzados de la carrera de Medicina).

A partir de la observación etnográfica de los encuentros que se produjeron entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales en los diferentes espacios en que se desarrollaron las actividades preventivas fue posible recuperar algunos de los significados y prácticas que se crearon, intercambiaron, negociaron y/o impusieron diferencialmente en esas interacciones cara a cara.

La especificidad del enfoque adoptado radica en la descripción de lo que los miembros de determinado grupo social piensan, sienten, dicen y hacen con respecto a los eventos que los involucran (Guber, 2004). En este sentido, la observación participante es fundamental para comprender/interpretar lo que los actores efectivamente 'hacen/dejan de hacer' y no lo que 'dicen que hacen/dejan de hacer' (suele mediar una gran distancia entre 'el dicho y el hecho'), posibilitando observar las situaciones 'tal cual ocurren', desde un enfoque relacional y en su contexto cotidiano.

El recurso a la 'descripción densa' (*sensu* Geertz, 1991) se emplea para develar situaciones concretas y específicas vividas durante las prácticas preventivas tomando aquellos casos que se consideran paradigmáticos⁶, ya que condensan y contienen una multiplicidad de significados y sentidos biomédicos acerca de la enfermedad del dengue, de las formas en que es concebida su prevención y de las prácticas que el sector salud pone en juego para 'prevenirla/combatirla'. Ese registro -detallado, fino, a la vez que intenso- constituye un esfuerzo en "*documentar lo no-documentado de la realidad social*" (*sensu* Rockwell, 2009: 21) para aproximar al lector a esa realidad 'tan distante' pero que al tiempo se vuelve 'tan familiar'.

Entre las posibilidades y potencialidades de producción del conocimiento antropológico y etnográfico existe una discusión permanente acerca de cómo establecer una relación entre lo que los 'otros' dicen y hacen y lo que expresa y realiza el propio investigador. La tensión inherente entre esta forma de construcción del conocimiento no es sólo teórica-metodológica sino que conlleva una impronta epistemológica, política y ética; volviéndose fundamental mantener

⁶ Como ha quedado plasmado en el sexto capítulo "*El Saneamiento Doméstico Interpelado. Develando Prácticas Biomédicas en Prevención del Dengue*".

un ejercicio de constante reflexividad acerca del rol de investigador/autor a lo largo del trabajo de campo y de escritura-edición del texto final.

“Las teorías antropológicas no trascienden la experiencia de la realidad que estudian, pero tampoco son simples narrativas equiparables a otras narrativas sobre esa realidad (inclusive las narrativas nativas). La diferencia entre unas y otras no reside en que las primeras sean objetivas, totalizadoras o verdaderas y las segundas no lo sean, sino que existe en la teoría antropológica el a priori de otorgarles a todas las historias que estudia el mismo valor” (Recoder, 2006: 27).

De esta manera, el trabajo etnográfico emerge del encuentro entre los relatos, saberes, percepciones, vivencias, prácticas y emociones de los actores del sector salud y de los ‘vecinos’/familias con los que éstos interactúan, pero también de aquellos que son propios del investigador; en un inter-juego de poder en donde unos y otros constantemente se interpelan y se transforman: *“El desafío esta en encontrar un equilibrio, entre la tensión inherente a las voces de los otros, las condiciones sociales instituidas y nuestras propias aspiraciones autorales”* (Recoder, 2006: 27).

Se emplearon guías de observación participante para describir detalladamente lo que sucedía en tres momentos distintivos (‘casos paradigmáticos’) que configuraron las prácticas de prevención en Tablada:

- 1) El ‘Taller de Dengue, Alacranes y Roedores’ que se desarrolló el 4 de Febrero de 2011 en el ‘Parque del Mercado’ (Centro Polideportivo y Cultural).
- 2) El ‘Monitoreo del Índice Larvario de *Aedes aegypti*’ (18 de Marzo de 2011).
- 3) El ‘Control Focal’ (29 de Marzo de 2011).

El ‘Monitoreo’ y el ‘Control Focal’ se realizaron en las viviendas ubicadas en el sector Noreste del barrio Tablada, en la franja comprendida entre las calles Alem y Belgrano de Oeste a Este; y Bv. 27 de Febrero y Gaboto de Norte a Sur.

Con los 'vecinos'/familias y referentes barriales de ese sector también se desarrolló un vínculo a lo largo del tiempo a partir de las instancias de entrevistas que se venían desarrollando desde los meses previos para conocer la historia barrial, las realidades de los habitantes de Tablada y las actividades que sostenían cotidianamente en relación con la temática (como por ejemplo: manejo del agua).

Con referencia a las entrevistas en profundidad, se utilizaron guías semiestructuradas que orientaron *“una conversación con finalidad”* (sensu Minayo, 2009: 157) a partir de guiones temáticos; facilitando la apertura, ampliación y profundización en torno a los aspectos esenciales que se reconocieron en la realidad empírica.

Las entrevistas se realizaron a los siguientes actores del sector salud: médicos (8), trabajadores sociales (3), agente sanitario (1), psicólogos (4), enfermeros (6), bioquímico (1), estadísticos (3), promotores de la salud (4), administrativos (2) y estudiantes de tercer/cuarto año de la carrera de Ciencias Médicas (5); pertenecientes a las siguientes instituciones:

- 1) Municipalidad de Rosario: Centro de Salud “Luis Pasteur”, Centro de Salud “Rubén Naranjo”, Educación para la Salud (Área de Promoción de la Salud), Área de Epidemiología (Sistema Municipal de Epidemiología), Secretaría de Salud Pública.
- 2) Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe: Centro de Salud N° 6 “Eva Perón”.
- 3) Universidad Nacional de Rosario: Asignatura electiva “Epidemiología” de la Facultad de Ciencias Médicas.

Se tomó como criterio que tuvieran anclaje territorial y no sólo institucional, es decir, que todos ellos participaron en alguna de las actividades de prevención que se realizaron en el año 2011 en el sector Noreste de Tablada.

Las instancias de entrevista comenzaron en julio de 2010 (dado que con la mayor parte de ellos se había establecido un vínculo previo en otros momentos del trabajo de campo⁷) y se prolongaron durante casi un año.

La duración de cada encuentro fue variable dependiendo de la disponibilidad de tiempo del entrevistado y de la riqueza/matices de los relatos proporcionados, desde una hora y media aproximadamente alcanzando las tres horas en algunas ocasiones. Se realizaron al menos dos entrevistas a cada uno de los actores mencionados, con la mayoría fueron tres pero con algunos informantes se mantuvieron hasta cinco encuentros. Todas las entrevistas se realizaron en los espacios que les eran propios o cotidianos a cada uno de los actores mencionados.

También se entrevistaron a los representantes institucionales calificados en la temática que intervinieron como decisores de las estrategias a desarrollar durante las acciones preventivas en el sector Noreste de Tablada: coordinadores de los Centros de Salud provinciales y municipales ubicados en el barrio, coordinadores en Salud del Distrito Sur, especialistas en epidemiología y en infectología de la Secretaría de Salud Pública.

Las guías semiestructuradas incluyeron una serie de tópicos que permitieron indagar sobre: aspectos subjetivos, es decir, las creencias, las percepciones y los sentidos que adquirió la enfermedad del dengue; sobre cómo la irrupción de la epidemia afectó (o no) el desarrollo de su trabajo cotidiano y de qué manera; cómo son pensadas las prácticas preventivas que se desarrollan en torno a esta enfermedad, qué tipo de acciones realizó (o no) y por qué, con quién/es interactuó y de qué manera; entre otras. La unidad de significación se construyó por los significados que conformaron la lógica propia de los grupos o sus múltiples lógicas (Minayo, 2009).

Se aplicó la estrategia de muestreo teórico como guía para seleccionar a los actores sociales a entrevistar y los hechos a observar, donde lo fundamental no fue el número de actores entrevistados y la cantidad de eventos observados sino el potencial que cada uno de ellos aportó al desarrollo de comprensiones teóricas

⁷ Dado que el presente trabajo se desprende de una investigación más amplia que aún se encuentra en curso, titulada: *“Políticas públicas en salud y prevención de la enfermedad del dengue en la ciudad de Rosario. Un estudio antropológico acerca del encuentro entre el sector salud y los grupos sociales en contexto de pobreza urbana”*, la vinculación con la mayoría de los entrevistados se inició a partir del año 2009.

sobre el objeto de estudio. En este sentido, después de completar entrevistas en profundidad con varios informantes calificados y de realizar las observaciones en campo se recurrió a una diversificación deliberada hasta descubrir todas las gamas de perspectivas en su complejidad⁸ (Taylor y Bogdan, 1996).

La mayor parte del bagaje teórico que sustenta este trabajo se presentó en el capítulo anterior y esta decisión es teórico-metodológica, ya que se considera a la teoría como la instrumentación de una cierta mirada, en palabras de Recoder (2006: 29): “...*ella nos auxilia y acompaña en las interpretaciones que sobre el mundo de la enfermedad ensayamos en estas páginas: no es sobre ella que hablamos y reflexionamos en este trabajo (por lo menos no directamente) y sí sobre el mundo de la enfermedad, que ella nos permite observar*”.

En este sentido, se postula que no es únicamente la teoría la que contribuye a construir/deconstruir el enfoque acerca del fenómeno abordado, sino que es la propia experiencia etnográfica la que interpela y reformula permanentemente esa mirada a lo largo del proceso de investigación⁹.

Respecto a la escritura, es fundamental mencionar que para distinguir con claridad las afirmaciones, expresiones y citas textuales (las narrativas ‘nativas’) que se recogieron durante el trabajo de campo se recurrió al empleo de “comillas dobles” y *cursivas*¹⁰; mientras las interpretaciones y expresiones propias que se han querido destacar se indican con ‘comillas simples’. Es en este interjuego entre ambos recursos donde se despliegan con la mayor transparencia posible las experiencias, apropiaciones, consensos, transacciones y concesiones existentes entre el investigador/autor, los participantes de la investigación y los potenciales lectores.

⁸ El muestreo teórico no cuenta con un tamaño definido por cálculos probabilísticos sino por criterios teóricos de saturación de las categorías investigadas, es decir, hasta cuando el dato adicional que se recolecta no agrega información significativa a lo que ya se obtuvo previamente (Glaser y Strauss, 1967).

⁹ Más aún, se sostiene que las experiencias cognitivo-estéticas que se desprenden del arte y la literatura (de donde se extrajeron algunos de los epígrafes e imágenes que encabezan los capítulos) también pueden colaborar en la construcción de una interpretación del fenómeno bajo estudio.

¹⁰ En algunas oportunidades se incluyeron detalles accesorios del diálogo (como gestos, comunicaciones no verbales, tono de la voz, velocidad en la pronunciación, acentuación) ya que eran importantes para comprender la interacción.

Finalmente, resta mencionar que la sistematización, el proceso de análisis y la interpretación de la información se realizaron en forma paralela, constituyendo un proceso reflexivo permanente; en donde fue posible la re-elaboración de los instrumentos, la reiteración y/o profundización de las entrevistas y observaciones, la reconstrucción de las 'categorías sociales'¹¹ y la confrontación-articulación-tensión de las mismas con las categorías teóricas desarrolladas, en relación con los objetivos propuestos y hasta que se alcanzó el punto de 'saturación teórica' (*sensu* Glaser y Strauss, 1967).

¹¹ La categorización posibilita clasificar conceptualmente las unidades que se encuentran comprendidas en un mismo tópico. Las categorías encierran un significado o tipo de significado, pudiéndose referir a situaciones, contextos, actividades, relaciones, percepciones, comportamientos, opiniones, sentimientos, métodos, estrategias, procesos, entre otras (Rodríguez *et al.*, 1996).

CAPÍTULO 3. DENGUE: PASADO Y PRESENTE DE UNA ENFERMEDAD REEMERGENTE

*“Como nuestra División General es la que tiene la fama y el mérito de saber encarar una lucha, donde los resultados se computan en gráficos y planillas, y donde cualquiera puede venir a comprobarlo, se ha resuelto que seamos nosotros los que nos encarguemos de limpiar del país al *Aedes aegypti* (...) Era la solución que esperábamos (...) Sabemos meter los pies en el barro y las narices en los cántaros para buscar las larvas (...) somos constitucionalmente matamosquitos” (DPYET, 1948¹).*

El dengue es una enfermedad infecciosa cuya incidencia y gravedad han ido en aumento en los últimos años, expandiéndose a nuevas regiones y países. América Latina y el Caribe se han visto particularmente afectadas, configurando un importante problema de salud pública que pone en vilo a los sistemas sanitarios locales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que es la segunda enfermedad reemergente más importante en las regiones tropicales y subtropicales. Con una distribución mundial comparable a la malaria, estima que ocurre en más de 128 países y que 2.5 billones de personas procedentes de zonas urbanas y semiurbanas están en riesgo de contraerla; constituyendo así la enfermedad viral transmitida por vectores más extendida del mundo. Anualmente se reportan 390 millones de casos de dengue, de los cuales 96

¹ División General de Paludismo y Enfermedades Tropicales (DPYET). Campaña de detetización. Reglamento e Instrucciones, Tucumán, 1948. Fuente: Alvarez (2010: 154). En 1945, a partir de comprobar la *“evidencia del poder destructor que poseía el DDT frente al *Aedes aegypti* (...) la DPYET organizó el primer servicio de lucha antiaedes”* de Argentina, que fue el primer país de Latinoamérica en utilizar ese nuevo insecticida. El DDT (dicloro-dofenil-tricloroetano) se empleó intensivamente para combatir la fiebre amarilla y también para *“controlar otra de las fiebres transmitidas por los mosquitos como era el dengue”* (Alvarez, 2010: 154).

millones se manifiestan clínicamente y se producen aproximadamente 20.000 muertes²; constituyendo la décima causa de muerte por enfermedades infecciosas (OMS, 2014a y 2014b).

El dengue es causado por un virus que se transmite de persona a persona a través del mosquito *Aedes aegypti*³, vector principal en América. También se encuentra presente el *Aedes albopictus*, pero aún es un vector potencial de la infección⁴. El virus del dengue pertenece a la familia *Flaviviridae*, género *Flavivirus* y existen cuatro serotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. La inmunidad es serotipo-específica, por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo y sólo transitoriamente contra los otros. Debido a la carencia de una vacuna⁵ preventiva se puede contraer la enfermedad hasta cuatro veces⁶, una por cada serotipo; ya que la infección con un serotipo no produce inmunidad protectora cruzada, por lo que la reinfección puede condicionar la aparición de formas graves de la enfermedad, a menudo mortales (Palmieri y Seijo, 2001; Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

² Anualmente la mortalidad por causa del dengue fluctúa entre el 1% y el 20% de entre los 100 millones de casos detectados; la mayoría de los casos fatales ocurren en niños y jóvenes (OMS, 2014a y 2014b).

³ La hembra infectada del mosquito hematófago *Aedes aegypti* es la que trasmite el virus del dengue a través de su picadura, ya que necesita alimentarse de sangre para poder hacer madurar sus huevos y realizar la ovipostura. El macho se alimenta únicamente de néctares y jugos vegetales, al no picar no puede transmitir la enfermedad.

⁴ El *Aedes albopictus* se halló en Argentina en las provincias de Misiones y de Corrientes, pero aún no ha sido asociado con la transmisión del dengue (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

⁵ La primera vacuna contra el dengue, denominada Dengvaxia (CYD-TDV), recibió la autorización de comercialización en México en Diciembre de 2015 para ser utilizada en personas de 9 a 45 años residentes de zonas endémicas. Se trata de una vacuna recombinante tetravalente con virus vivos atenuados desarrollada por Sanofi Pasteur que se administra con una pauta de tres dosis a intervalos de seis meses (0-6-12 meses). Aún no se encuentra disponible en Argentina. Se estima que no se ha efectivizado su ingreso debido a una serie de informes negativos que documentaban los efectos adversos de su aplicación. De todas maneras, si llegara a entrar la vacuna, su distribución no será homogénea en todo el país (la provincia de Santa Fe no podrá comercializarla) y su costo será elevado, por lo que el acceso a la misma estará bastante restringido.

⁶ Hasta el momento sólo se han comprobado hasta tres infecciones en un mismo individuo, aunque en teoría, una persona podría padecer dengue hasta cuatro veces a lo largo de su vida, una por cada serotipo (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

La enfermedad del dengue representa un capítulo de desenlace incierto en la historia argentina. Las primeras epidemias de dengue ocurrieron en 1916 y en 1926 en la región mesopotámica y alcanzaron a la ciudad de Rosario. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) certificó la erradicación del vector de la enfermedad, el mosquito *Aedes aegypti*, del país en 1965 (PAHO Directing Council Resolution CD16.R28), en el marco de un programa que encabezó entre 1948 y 1972 y que erradicó de 21 países de América a este vector, responsable también de las epidemias de fiebre amarilla⁷. Sin embargo, la falta de sostenimiento y el abandono de las acciones de control y de vigilancia epidemiológica y entomológica trajeron como consecuencia la reinfestación progresiva, con brotes cíclicos en toda la región y la aparición en 1981 del dengue hemorrágico con la epidemia en Cuba. La dispersión del *Aedes* y del virus ha continuado y actualmente se lo encuentra en casi todos los países de América (OPS, 2014a y 2014b; OMS, 2014c; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2014).

En Argentina volvió a detectarse la presencia del vector en el año 1984 y en 1988 se registraron los primeros casos de dengue en la provincia de Salta. A partir de 1998 comenzaron a producirse epidemias cíclicas en el Norte del país. Inicialmente se trató de ‘casos importados’⁸ de países limítrofes, pero luego comenzaron a notificarse ‘casos autóctonos’⁹ producidos por serotipos múltiples (hiperendemicidad): DEN-1, DEN-2 y DEN-3. El *Aedes aegypti* continuó desplazándose gradualmente hasta la frontera entre Córdoba y La Pampa en el paralelo 35 S y para el año 2000 se halló en 17 de las 24 provincias del país, con infecciones registradas en unos 600 municipios (OPS, 2014a; Ministerio de Salud de la Nación, 2000 y 2009b; Seijo, 2001).

En la ciudad de Rosario, el Sistema Municipal de Epidemiología (SiME) de la Secretaría de Salud Pública detectó la presencia del *Aedes* desde 1997,

⁷ En la actualidad han aparecido nuevas enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes* como el zika y la fiebre chikungunya.

⁸ Los ‘casos importados’ de dengue son aquellos en los que se adquiere la enfermedad en un área diferente a la de residencia (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

⁹ Los ‘casos autóctonos’ de dengue son aquellos en los que la transmisión se produjo en el área de residencia, lo que indica la presencia del vector *Aedes* infectado (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

indicando que las condiciones socioeconómicas y ambientales eran adecuadas para el incremento de la población del vector (Liborio *et al.*, 2004).

En el año 2000, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica consideró que Rosario representaba un 'Mediano Riesgo' para el desarrollo del *Aedes* y de la infección (Ministerio de Salud de la Nación, 2000); a partir de lo cual el SiME encabezó una intervención dirigida a obtener 'modificaciones en los conocimientos, actitudes y hábitos de la comunidad', que tiendan a la 'transformación de los estilos de vida con conductas más saludables, responsables y solidarias'. Se reconoció la necesidad de lograr la 'cooperación efectiva de la población para disminuir los criaderos', ya que el vector adulto tiene hábitos domiciliarios y peridomiciliarios, y su 'control a través del combate químico no conseguía contenerlo'. Sin embargo, en el 2001 se interrumpieron las acciones preventivas por el déficit presupuestario (Liborio *et al.*, 2004), a pesar de que se continuaban reportando ininterrumpidamente casos de dengue. A este respecto, en el período 1997-2008 se notificaron 44 'casos sospechosos'¹⁰ de dengue en la ciudad, de los cuales fueron 'confirmados'¹¹ 14 casos importados: turistas, trabajadores locales que viajaron a zonas endémicas e inmigrantes del Norte argentino y de países limítrofes (SiME, 2009a y 2009b).

Si bien hasta hace un tiempo atrás, el comportamiento de la enfermedad en Argentina había sido mayoritariamente epidémico, circunscribiéndose fundamentalmente al período de mayores temperaturas (meses de Noviembre a Mayo) y manteniendo una estrecha relación con los brotes que se producían en los países limítrofes, principalmente Brasil, Paraguay y Bolivia (donde en muchas zonas ya era endémico); el dengue se ha ido configurando como un problema

¹⁰ Se considera 'caso sospechoso' a aquella persona que resida o haya viajado en los últimos 15 días a un área en la que hay o hubo circulación de dengue y que presente fiebre, de menos de siete días de duración, acompañada de dos o más de los síntomas del cuadro clínico de dengue, a saber: anorexia, náuseas, erupciones cutáneas, cefalea, dolor retroorbitario, malestar general, mioartralgias, leucopenia, plaquetopenia, petequias o prueba del torniquete positiva, diarrea o vómitos (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

¹¹ Por 'caso confirmado' se entiende a todo caso sospechoso que tenga un diagnóstico confirmatorio de dengue por laboratorio y/o por nexo epidemiológico, de acuerdo a la situación epidemiológica (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

creciente para la salud pública del país, pero que a la vez transvasa las fronteras nacionales¹² (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b; SiME, 2011).

La dinámica y las características propias de esta enfermedad, 'ciclicidad' e 'hiperendemicidad', y del mosquito *Aedes*, que presenta requerimientos mínimos de supervivencia, resistiendo condiciones adversas de desecación e inanición; aunadas al abandono de lineamientos políticos otrora exitosos para controlar a este vector y a acciones en prevención asistemáticas y poco eficaces, confluyeron junto a diversos factores socioeconómicos, políticos, culturales y ambientales conformando un panorama complejo que se visibilizó en el año 2009. A este respecto, en su obra *"Entre muerte y mosquitos"*, Alvarez (2010: 18) señalaba:

"Los casos registrados (...) enfrentaban a la población a la evidencia de que se estaba transitando la primera epidemia del siglo XXI. De cara a una realidad que desde los organismos oficiales se buscaba maquillar morigerando los datos estadísticos, aparecieron numerosos interrogantes y se ensayaron algunas explicaciones fundadas en el cambio climático y en la prolongación del verano caluroso. Se decía: '...el dengue llegó para quedarse...', pero nadie reparaba en que hacía tiempo que esta enfermedad estaba presente en el país (de hecho, médicos y científicos la habían anunciado)".

En este sentido, hacia fines de Abril de 2009 se registraron brotes epidémicos de dengue en casi todo el país (exceptuando Misiones, Formosa y San Juan), confirmándose por laboratorio y/o nexos epidemiológicos unos 25.989 casos autóctonos correspondientes al serotipo DEN-1¹³ distribuidos en las

¹² En el período 2001-2007, los países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) notificaron el 64,6% (N= 2.798.601) de todos los casos de dengue en las Américas. De entre esos casos, 6.773 tuvieron presentaciones hemorrágicas, con un total de 500 defunciones. Brasil registró el 98.5% del total de casos notificados. En el año 2008, el Cono Sur reportó 587.787 casos de dengue, incluyendo 22.140 casos de dengue hemorrágico y 478 defunciones. Brasil continuó manteniendo las tasas de incidencia más altas en la subregión durante ese año (OPS, 2012, 2014a y 2014b).

¹³ Si bien los serotipos DEN-2 y DEN-3 se asocian a la mayor cantidad de casos graves y fallecidos, cualquier serotipo puede producir formas graves de la enfermedad. A este respecto, se registraron casos graves producidos por el serotipo DEN-1 durante la

provincias de Salta, Jujuy, Catamarca, Tucumán, Chaco, Santiago del Estero, Corrientes, Córdoba, Santa Fe y Buenos Aires¹⁴ (Figura 1). La provincia de Santa Fe fue la quinta más afectada, reportándose más de 1.500 casos (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b; SiME, 2009a y 2011; Departamento de Epidemiología, 2009).

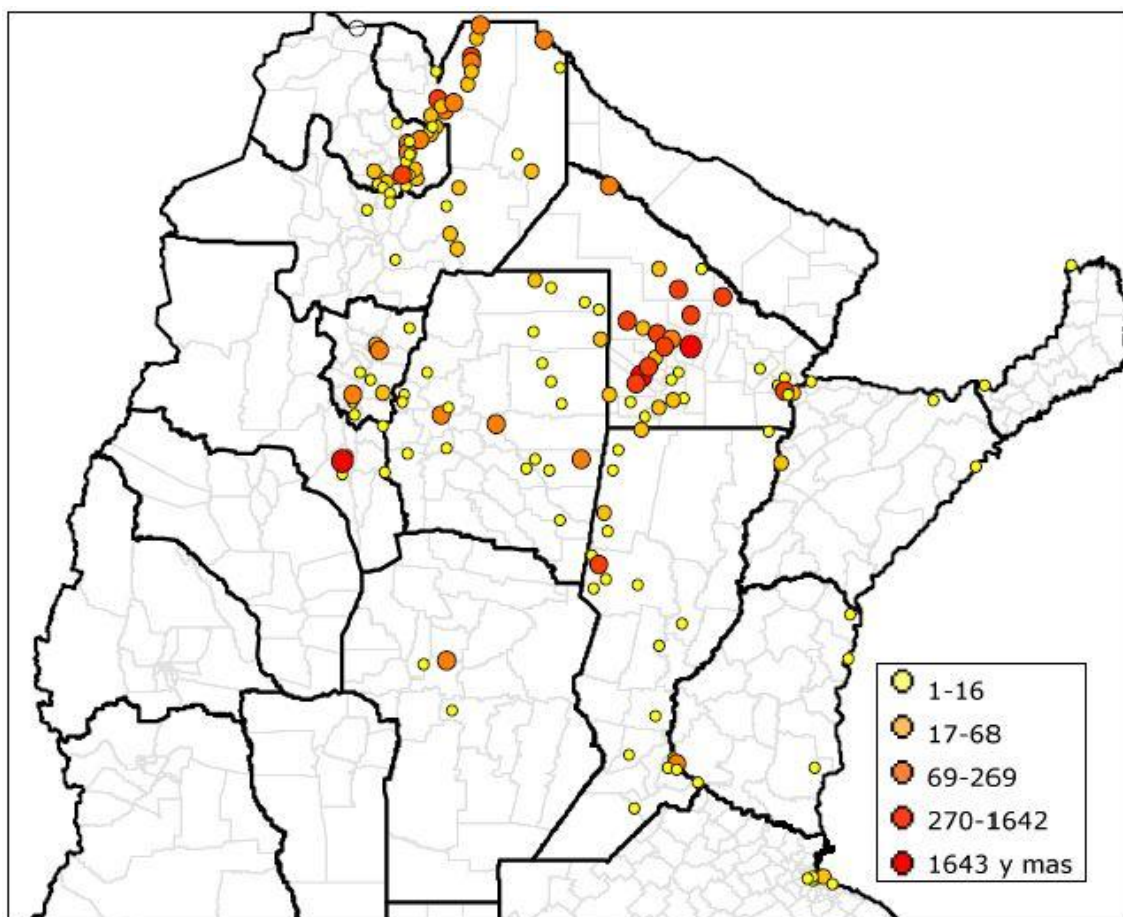


Figura 1. Distribución de los casos confirmados por laboratorio durante el brote de dengue en Argentina. Período: Enero a Mayo del año 2009¹⁵

epidemia que se produjo en el país en el año 2009 (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

¹⁴ En las provincias de Mendoza, La Rioja, San Luis, Chubut, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego se notificaron únicamente casos importados de dengue (SiME, 2009a).

¹⁵ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (2009b: 2).

La epidemia de dengue comenzó en la ciudad de Rosario a fines de Marzo de 2009, y en dos meses se confirmaron 107 casos por laboratorio serológico: 82 casos de dengue autóctono y 25 casos de dengue importado. Además, en el período correspondiente a los meses de Enero a Mayo se notificaron 12 casos autóctonos por nexo epidemiológico; mientras que 335 casos permanecieron consignados como ‘sospechosos de dengue’¹⁶, existiendo un importante subregistro de casos con síndrome febril (SiME, 2009a, 2009b y 2011).

El primer caso sospechoso de dengue y el primer caso importado (localizado en el Distrito Sur) se detectaron en la semana epidemiológica 5 (del 26 de Enero al 1 de Febrero); mientras que el mayor número de casos notificados se produjo en la semana epidemiológica 16 (del 13 al 19 de Abril), como se ilustra en el Gráfico 1 (SiME, 2011).

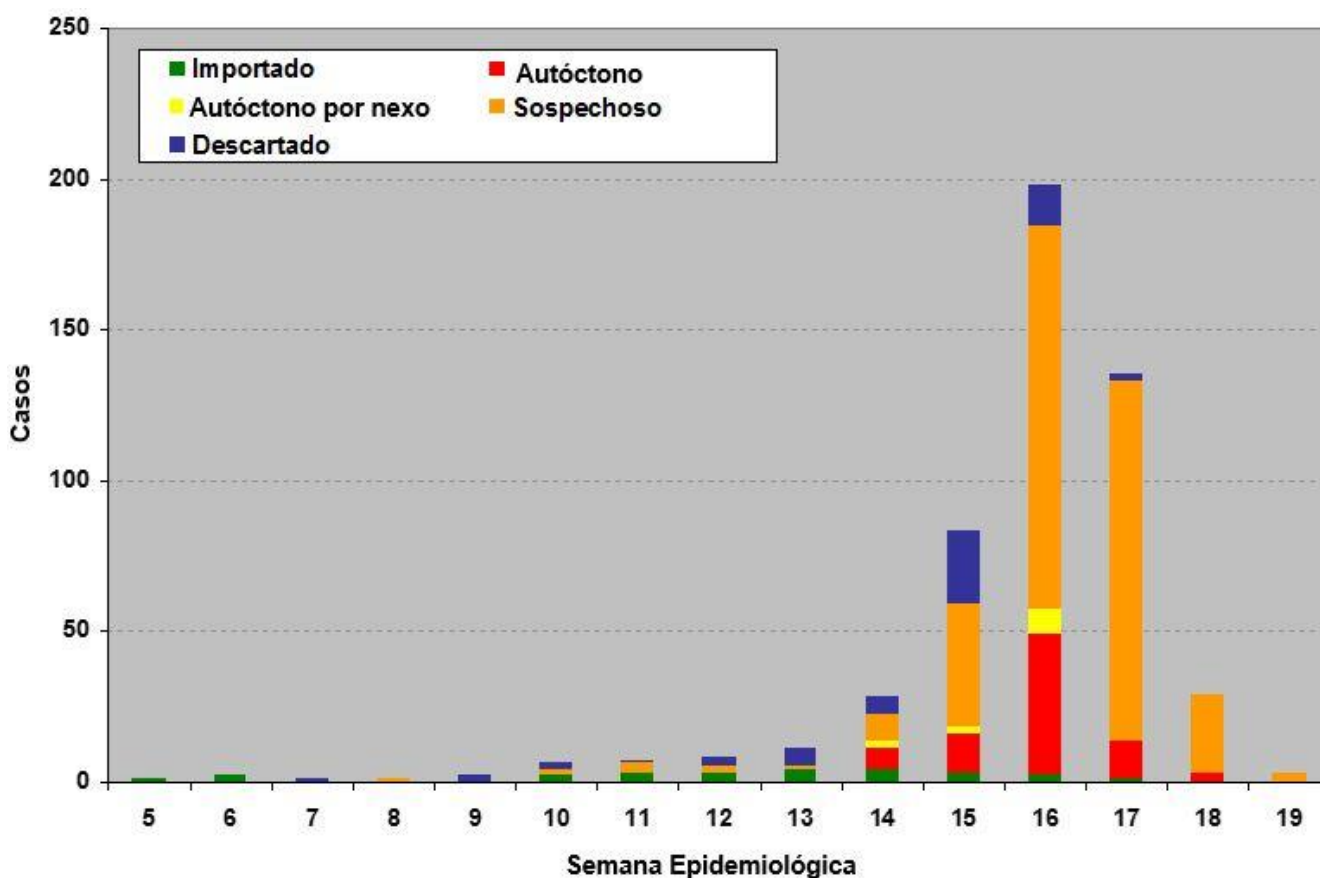


Gráfico 1. Curva epidémica de dengue según cantidad de casos registrados en la ciudad de Rosario. *Período: Enero a Mayo del año 2009*¹⁷

¹⁶ Total de casos sospechosos de dengue: 335. Este valor no comprende los casos confirmados, ni los descartados. Tampoco incluye los casos registrados con síndrome febril, que ascienden a 363 (SiME, 2009a).

¹⁷ Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 91).

El primer caso autóctono de la enfermedad se registró durante la semana epidemiológica 14¹⁸ en el Distrito Sur de Rosario, más específicamente en el sector Noreste del barrio Tablada (SiME, 2011). Este sector, que se despliega desde el Bv. 27 de Febrero al Norte, hasta la calle Garay al Sur; y desde la calle Necochea al Oeste, hasta la Avda. Belgrano al Este, concentró cerca del 58,54% (48/82) de los casos de dengue autóctono que se notificaron en la ciudad (como se ilustra en la Figura 2).

La distribución de los casos de dengue confirmados por laboratorio serológico mostró una mayor incidencia en sectores bien delimitados de los Distritos Sur (barrio Tablada), Oeste (barrio Godoy) y Noroeste, que contabilizaron el 82,24% (88/107) de los casos registrados en Rosario (Figura 2, Tabla 1 y Gráfico 2- SiME, 2011).

De los 82 casos de dengue autóctono que se notificaron, 48 correspondieron a personas residentes en el Distrito Sur (principalmente en el sector Noreste del barrio Tablada), 13 en el Distrito Oeste y 9 en el Distrito Noroeste; mientras que de los 25 casos importados, la mayor concentración se produjo en el Distrito Noroeste (Figura 2, Tabla 1 y Gráfico 2 - SiME, 2011).

¹⁸ El inicio de la fiebre del primer caso autóctono de dengue se consignó el día 30 de Marzo de 2009 (SiME, 2011).

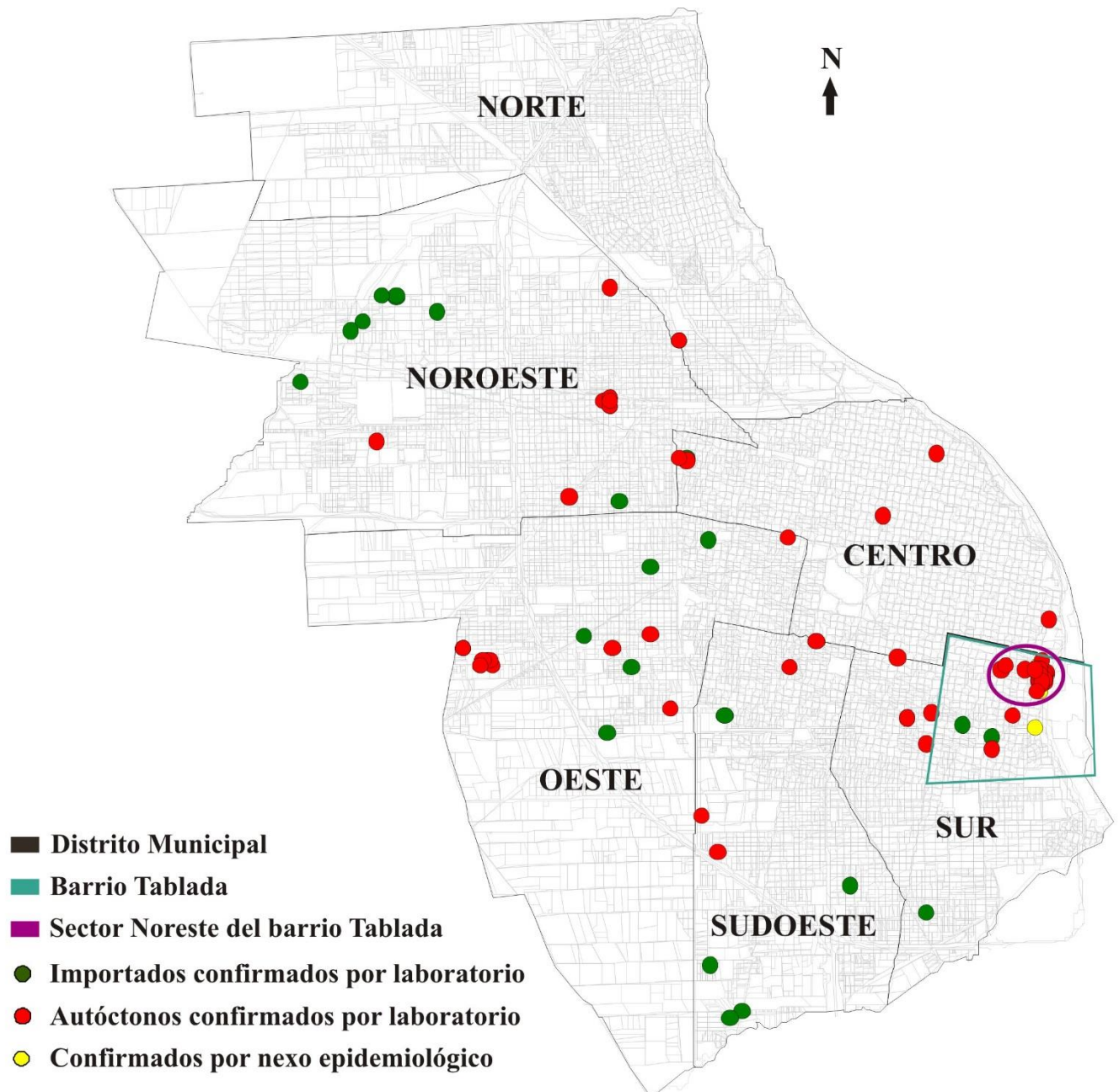


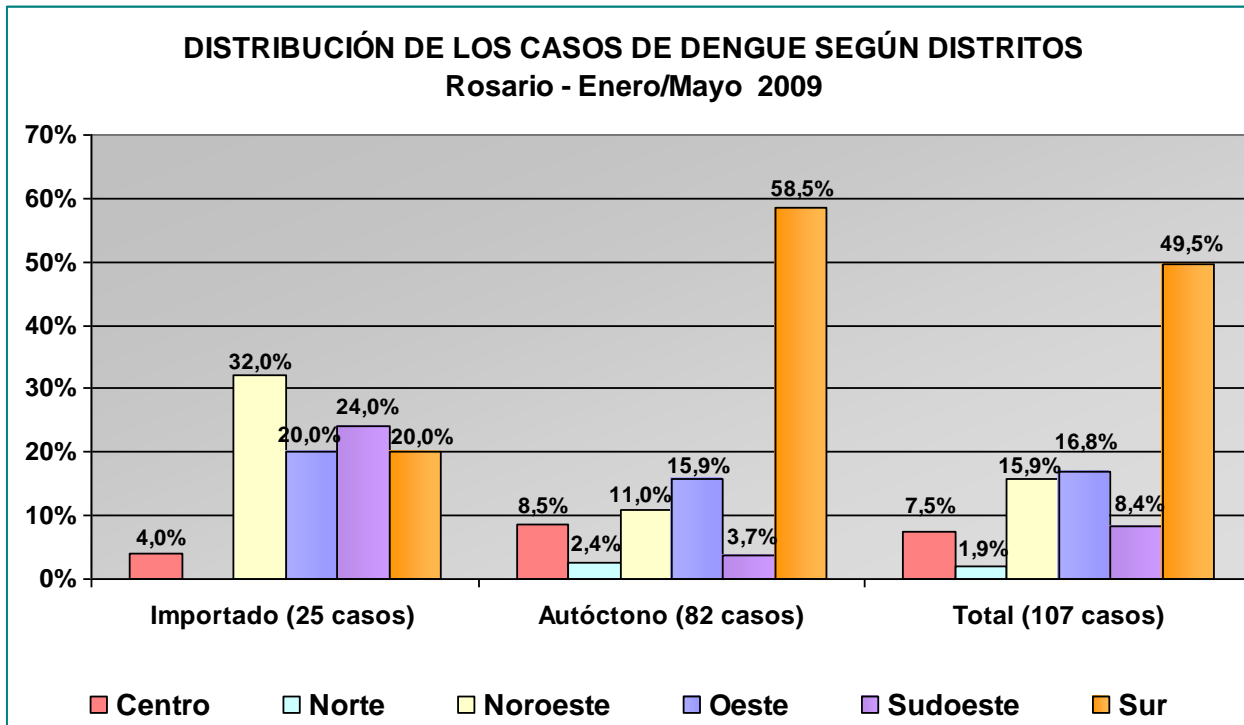
Figura 2. Distribución de los casos de dengue registrados en la ciudad de Rosario. Período: Enero a Mayo del año 2009¹⁹

¹⁹ Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 90).

Tabla 1. Distribución de los casos de dengue importados y autóctonos según distrito de residencia de los pacientes. Período: Enero a Mayo del año 2009²⁰

| Distrito Municipal | Casos Importados | | Casos Autóctonos | | Total | |
|--------------------|------------------|------------|------------------|--------------|------------|--------------|
| | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje | Frecuencia | Porcentaje |
| Centro | 1 | 4 | 7 | 8.54 | 8 | 7.48 |
| Norte | 0 | 0 | 2 | 2.44 | 2 | 1.87 |
| Noroeste | 8 | 32 | 9 | 10.97 | 17 | 15.89 |
| Oeste | 5 | 20 | 13 | 15.85 | 18 | 16.82 |
| Sudoeste | 6 | 24 | 3 | 3.66 | 9 | 8.41 |
| Sur | 5 | 20 | 48 | 58.54 | 53 | 49.53 |
| Total | 25 | 100 | 82 | 100 | 107 | 100 |

Gráfico 2. Distribución de los casos de dengue importados y autóctonos según distrito de residencia de los pacientes. Período: Enero a Mayo del año 2009²¹

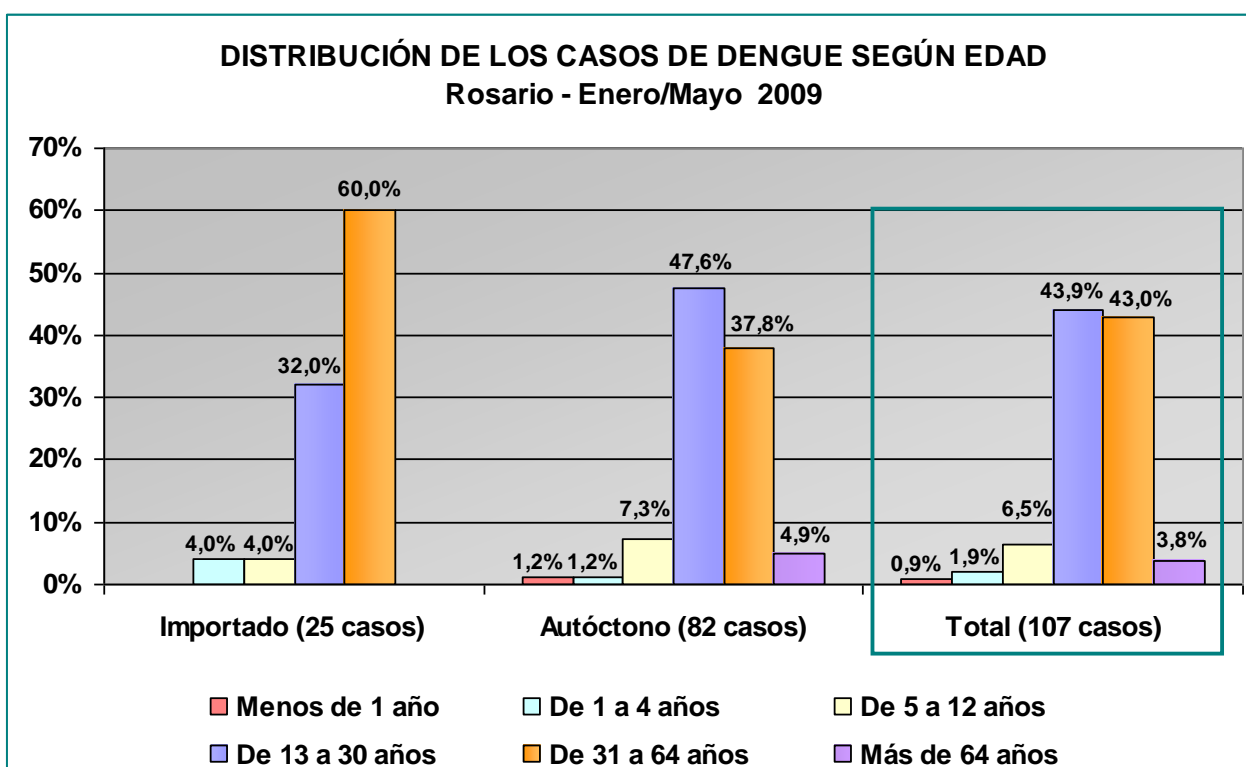


²⁰ Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 91).

²¹ Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 92).

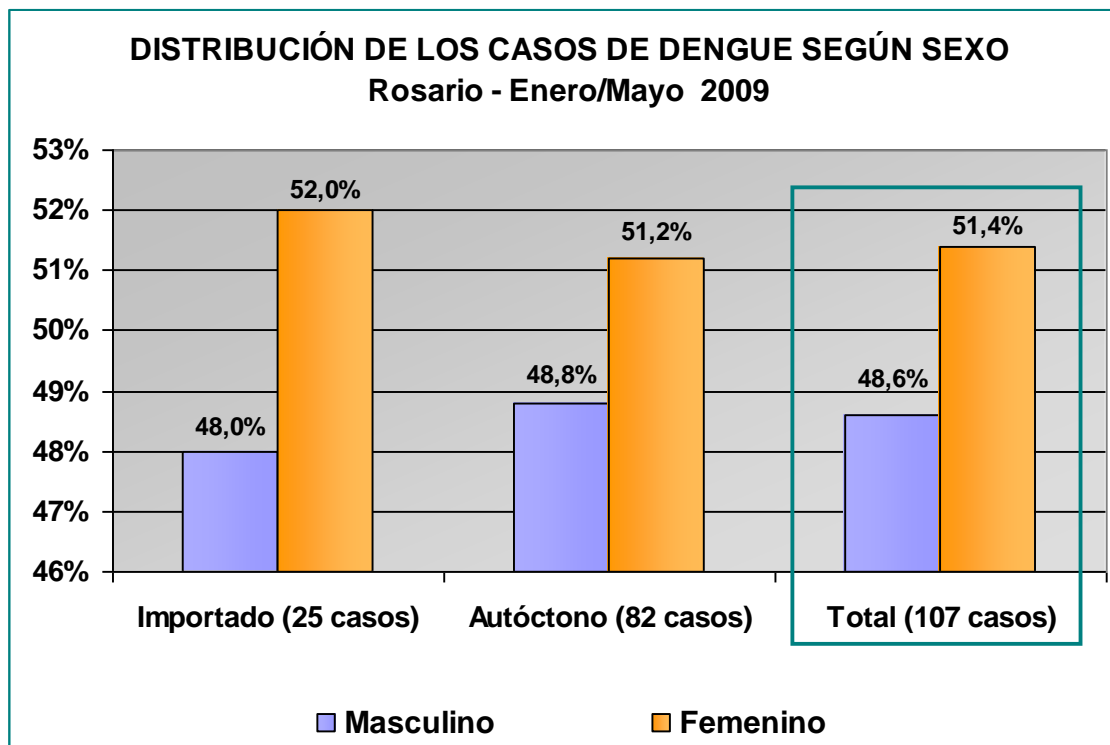
De acuerdo a los datos suministrados por el SiME (2011), la mayoría de los casos que se notificaron durante la epidemia de dengue tenían entre 13 y 64 años de edad. El porcentaje de pacientes jóvenes fue mayor entre los casos autóctonos, que entre los importados (Gráfico 3 - SiME, 2011). La distribución por sexo de los pacientes fue similar tanto en los casos autóctonos como en los importados (Gráfico 4 - SiME, 2011).

Gráfico 3. Distribución de los casos de dengue confirmados por laboratorio según la edad de los pacientes residentes en la ciudad de Rosario. Período: Enero a Mayo del año 2009²²



²² Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 92).

Gráfico 4. Distribución de los casos de dengue confirmados por laboratorio según el sexo de los pacientes residentes en la ciudad de Rosario. Período: Enero a Mayo del año 2009²³



Para contener el brote epidémico del año 2009, el sector salud encabezó ‘las campañas de control’ y los ‘operativos de bloqueo y descacharrización²⁴’ en los lugares en que se registraron casos de dengue y especialmente en el sector Noreste del barrio Tablada. A este respecto, se realizaron tareas de investigación epidemiológica y de control vectorial, las que incluyeron el relevamiento y la

²³ Nota: Adaptación propia. Fuente: Boletín de Epidemiología (SiME, 2011: 93).

²⁴ El bloqueo de transmisión viral ante la presencia de un caso clínicamente sospechoso o confirmado implica: 1) Aislamiento del enfermo con mosquiteros/tules y protección mientras persista la fiebre a través del uso de repelentes, tabletas o espirales; 2) Toma de muestra de sangre para IgM a los convivientes del caso; 3) Rociado intradomiciliar con ULV en la casa, en la vereda del frente y en toda la manzana donde se localiza el caso. Asimismo, en todas las viviendas que se encuentran dentro de un radio de 9 manzanas alrededor del caso se efectúa: 1) Control focal con destrucción de criaderos y abatización; 2) Rociado peridomiciliar con ULV portátiles en todo el radio alrededor del caso; 3) Nebulización con ULV en un solo ciclo en todo el radio; e 4) Identificación de febriles y toma de muestra de sangre para IgM si los hubiera (Ministerio de Salud de Nación, 2009b).

búsqueda activa de febriles²⁵, actividades de eliminación de reservorios, fumigación focal y de la zona, e intensificación de las acciones de información y comunicación en prevención.

Ante el registro de un caso confirmado/sospechoso de dengue el equipo del Centro de Atención Primaria de la Salud más próximo se encargaba de hacer el seguimiento y evaluación del estado del paciente en forma ambulatoria cada 24 horas, garantizando el uso de repelentes y mosquiteros. Asimismo, era el encargado de notificar en forma inmediata los casos que presentaban cuadro clínico de dengue clásico o síndrome febril inespecífico al Sistema Municipal de Epidemiología. Si el cuadro clínico se complicaba, con presencia de sangrado o síntomas de shock por dengue, el paciente era trasladado con urgencia a través del Servicio Integrado de Emergencias Sanitarias (SIES) para su internación²⁶ y tratamiento en hospitales del Segundo o Tercer Nivel de Complejidad, dependiendo del estado del mismo. Además, junto a otros actores del sector salud debían identificar la presencia de casos con síndrome febril inespecífico en las nueve manzanas que rodeaban el domicilio del paciente (Figura 3).

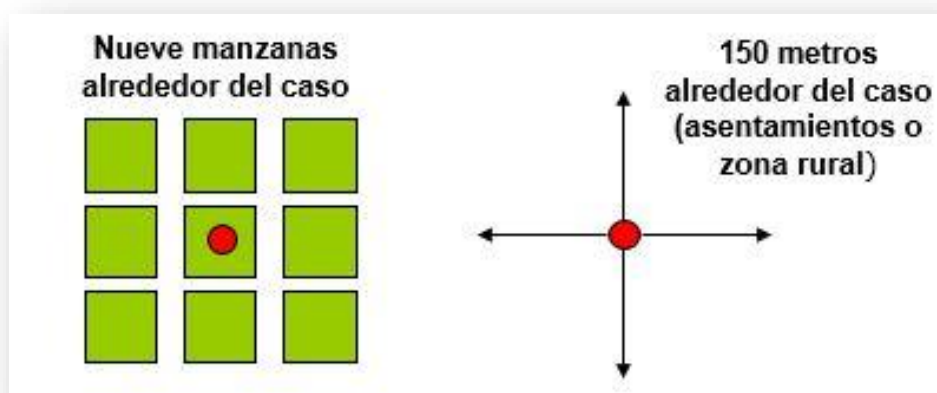


Figura 3. Trabajo en terreno: Organización de la búsqueda de febriles en el radio de un caso confirmado/sospechoso de dengue.

²⁵ Las acciones de vigilancia del síndrome febril implicaron la detección precoz de síntomas compatibles con dengue: fiebre mayor a 38°C, sin signos de infección respiratoria, acompañada de dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, anorexia, náuseas, erupciones cutáneas, dolor retro ocular, malestar general, dolor en los músculos y/o en las articulaciones, diarrea o vómitos (SiME, 2011).

²⁶ El equipo del Centro de Salud estaba a cargo de evaluar la posibilidad de internación temporaria de aquellos pacientes en los cuales existía alguna dificultad en su seguimiento, independientemente del cuadro clínico que presentarían.

El sector Noreste del barrio Tablada tiene varias zonas de asentamientos irregulares, donde no existe el trazado en forma de damero; por lo que el bloqueo se estructuró en un radio de 150 metros alrededor del caso, en función de la distancia estimada que el *Aedes aegypti* es capaz de volar (Secretaría de Salud Pública, 2009).

En la “*Guía de Procedimiento*” para la realización de los operativos de bloqueo y descacharrización, el sector salud explicita cómo pensó la organización del trabajo en terreno y la articulación intersectorial:

“Cada mañana a las 9 hs., Epidemiología Provincial y Municipal determinan los casos en los que es necesario efectuar el bloqueo, que se llevará a cabo a primera hora del día siguiente. Referente de la Secretaría de Salud notifica a referentes de la Secretaría de Servicios Públicos y Medio Ambiente, de Atención Primaria y Secretaría de Gobierno, indicando el horario y lugar de encuentro para el operativo. La Secretaría de Servicios Públicos y Medio Ambiente convocará el número de cuadrillas necesario, las que serán citadas a la Dirección de Control de Vectores. Estarán a cargo de la convocatoria la Dirección General de Parques y Paseos y la Dirección General de Planificación y Gestión Ambiental (...) Salud Pública identificará al menos 4 personas de los equipos que trabajan en el barrio al cual pertenece el domicilio en el que se realizará el operativo, uno de los cuales debe ser el referente de salud para el alcance del presente procedimiento. La Secretaría de Gobierno coordinará el acompañamiento a la cuadrilla por parte de un móvil de la GUM o Control Urbano, así como la presencia en el barrio donde se realizará el operativo de un móvil de la Policía” (Secretaría de Salud Pública, 2009: 2).

En este sentido, el brote de dengue posibilitó articular de forma inédita a una serie de actores e instituciones en vistas a lograr intervenciones territoriales conjuntas, intersectoriales e interdisciplinarias, de control de foco y preventivas. De esta manera, se conformaron los llamados ‘equipos de salud’ que estaban integrados por:

“personal del equipo de Epidemiología (...) coordinadores de distrito, vecinos de la comunidad, miembros de organizaciones intermedias como clubes y vecinales, personal de los Centros de Salud y Centros Crecer, personal de distintas Áreas municipales (Guardia Urbana Municipal, Defensa Civil, Control de Vectores, Parques y Paseos, Control Urbano, Áreas de Servicios Urbanos, etc.), alumnos de Medicina Social y Preventiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.R. y del Instituto Superior de Educación Física ‘San Martín’” (SiME, 2011: 4).

Es durante la epidemia de dengue en que también se crea la ‘Sala de Situación’ en el Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública, con el propósito de lograr un aprovechamiento más eficiente de los recursos, el ‘control del brote epidémico’ y la disminución de la morbimortalidad de la población.

Sala de Situación²⁷ consiste en una herramienta que incluye y analiza la información proveniente de distintos sistemas: vigilancia epidemiológica, vigilancia de laboratorio, estadísticas vitales y sanitarias, educación, ambiente, trabajo y otros; constituyéndose en un espacio que permite monitorear las actividades y planificar estrategias de gestión, para la toma de decisiones y para la organización de las intervenciones en base a los datos disponibles del entorno en que se producen los eventos, y con capacidad de dar respuestas de forma rápida y continua durante la acción territorial (SiME, 2011).

Luego de transcurrido el brote epidémico²⁸ se continuó detectando la presencia del mosquito *Aedes* (en sus formas acuáticas/larvadas), por lo que la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario impulsó la creación de la ‘Comisión de Seguimiento de Dengue’, que comenzó a funcionar en el mes de Julio de 2009²⁹. Esta Comisión tenía el propósito de planificar las acciones y

²⁷ Sala de Situación continua funcionando en la actualidad con actividades de vigilancia epidemiológica, acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad; aunadas a tareas de detección, seguimiento y control de brotes epidémicos.

²⁸ Donde más allá de las medidas que sostuvo el sector salud para el control del vector, resultó determinante el cambio de estación y la llegada de la época invernal para interrumpir el ciclo biológico del *Aedes*.

²⁹ La Secretaría General de la Municipalidad de Rosario convocó a reuniones periódicas que implicaron a diferentes actores institucionales en el diseño y desarrollo del trabajo intersectorial en prevención del dengue. A estos encuentros concurren representantes de Sala de Situación de la Secretaría de Salud Pública, de las

estrategias preventivas a desarrollar a nivel intersectorial para prevenir la ocurrencia de una nueva epidemia. En este marco se definieron dos niveles de intervención, uno general en toda la ciudad a través de una campaña publicitaria en prevención que fue difundida por medios gráficos, radiales y televisivos; y otro particular *“focalizado en las dos áreas identificadas como críticas: Barrio Godoy y Barrio Tablada, zonas donde se dio la mayor incidencia de la enfermedad”* (SiME, 2011: 96).

El ‘área crítica’ de Tablada comprendió unas 45 manzanas que se recorrieron siguiendo hojas de ruta diseñadas desde Sala de Situación. Las acciones focalizadas consistieron en visitas domiciliarias, entrega de folletería, *“realización de una encuesta³⁰ (...) concientización sobre la problemática, identificación de recipientes de riesgo que pudieran convertirse en criaderos de huevos (...) [y] acciones de descacharrado asistido”* (SiME, 2011: 99). En estas zonas también se realizó el monitoreo de larvas del vector y la instalación de ovitrampas para su posterior seguimiento.

Dentro de la ‘campaña de concientización’ nacieron los llamados ‘Día D’ que se desplegaron fundamentalmente en esas ‘áreas críticas’; los talleres de difusión del tema en la escuelas con el apoyo del Ministerio de Educación Provincial; la distribución de folletería en la Terminal de Ómnibus; el plan de limpieza de las fuentes de todos los espacios públicos de la ciudad y la producción local de un repelente contra los mosquitos a cargo de los Laboratorios de Especialidades Medicinales y de Producción Farmacéutica de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la UNR.

De esta manera, la Secretaría de Salud Pública retomó las acciones a partir de Septiembre de 2009 y convocó a la *“primera jornada intersectorial de la*

Secretarías de Medio Ambiente, Cultura, Comunicación Social, Producción y Promoción Social de la Municipalidad de Rosario; así como referentes de instituciones provinciales como los Ministerios de Educación y de Salud de la Provincia de Santa Fe, representantes de Aguas Santafesinas S.A. (ASSA), de la Terminal de Ómnibus ‘Mariano Moreno’ y Coordinadores de los Distritos. Además, se convocó a la Universidad Nacional de Rosario, especialmente a la Facultad de Veterinaria para desarrollar conjuntamente el diagnóstico de la situación a partir del estudio de las ovitrampas (SiME, 2011).

³⁰ El formulario de la encuesta contaba con una serie de preguntas que possibilitaban conocer lo que sabían los vecinos acerca de la enfermedad del dengue, de su sintomatología y de las medidas preventivas a adoptar.

campaña de prevención del dengue". Esta iniciativa, que fue denominada 'Día D', se concibió como un *"esfuerzo inédito de abordaje intersectorial"*, que continuaría realizándose mensualmente durante el período de calor y de lluvias. En este sentido, durante ese día, los trabajadores de la mayoría de las dependencias municipales y provinciales quedarían desafectados de sus tareas habituales para desarrollar acciones 'intensivas' en prevención y control del *Aedes* en la comunidad más próxima o en el territorio de referencia³¹.

Tablada fue nuevamente priorizada al ser considerada un área 'crítica' o de 'mayor riesgo' para la proliferación del vector, por lo que se volvió fundamental *"el trabajo intersectorial de las diversas áreas municipales y provinciales, organizaciones civiles y entidades privadas, conjuntamente a la participación activa de toda la comunidad"*. En este marco, *"la intersectorialidad se propone como una herramienta superadora de la fragmentación y con capacidad de dar respuestas integrales al problema"* (Rovere y Siede, 2001: 9).

Las acciones intersectoriales en prevención estuvieron orientadas a garantizar la difusión de la información, la educación en salud, el saneamiento ambiental básico y la sensibilización de la población. En este sentido, la jornada se concibió como *"una campaña masiva e intensiva de concientización e información, con visitas domiciliarias a los vecinos o casa por casa, entrega de folletería, relevamiento de terrenos baldíos y abandonados y operativos de fumigación y descacharrización asistida"* [Promotor Social].

Sin embargo, el 'Día D' produjo más impacto como imagen-metáfora que como trabajo efectivo en el barrio Tablada. Las jornadas se realizaron cuando había factibilidad de gestionar recursos (como los camiones para la recolección

³¹ La convocatoria a participar de los 'Día D' implicó también que se sumasen como 'voluntarios' los referentes barriales de vecinales, ONG's, clubes, etc. de cada lugar. Además, de extenderse hacia los estudiantes de diversas Facultades de la UNR para que participasen en las actividades preventivas.

Todos los 'voluntarios' fueron capacitados previamente por personal de Sala de Situación de la Secretaría de Salud Pública con la intención no sólo de que estuviesen informados para salir a terreno, sino de que siguiesen *"actuando como educadores en cada una de sus organizaciones"* (SiME, 2011: 97).

En las conclusiones que elaboró el SiME acerca de la experiencia de trabajo territorial expresó: *"...el brote de dengue fue una circunstancia que permitió ver en acción a cientos de voluntarios (...) quienes participaron con una gran vocación de servicio ante la emergencia sanitaria. Sin ellos, la tarea hubiese sido casi imposible, debido a la magnitud del esfuerzo para cubrir toda la ciudad"* (SiME, 2011: 103).

de los recipientes desechados) y fueron sostenidas únicamente por los actores que se encontraban cotidianamente en el territorio. Algunas se suspendieron por lluvias y hubo dificultades para reprogramarlas. Aunque se produjeron algunas excepciones, en general las prácticas en prevención de la enfermedad del dengue se volvieron erráticas o no se sostuvieron, ni se priorizaron durante la mayor parte del período Septiembre 2009/Abril 2010 (Curetti y Schapira, 2012).

De esta manera, la epidemia de dengue reinauguró un escenario complejo para la salud pública local debido a la presencia ininterrumpida del vector y del virus³², a la aparición de formas graves de la enfermedad, a la falta de disponibilidad de vacunas preventivas eficaces en el mercado local y al aumento de la población de mosquitos *Aedes aegypti*. Este último fenómeno ha sido relacionado con el incremento de la movilidad interna y externa de personas y de productos, con las urbanizaciones rápidas y la desorganización de los nuevos asentamientos urbanos, con fallas en el control de vectores y con cuestiones socioambientales. En este sentido, se considera determinante la influencia que tienen las variaciones de las condiciones climáticas, con el aumento de las temperaturas promedio y de las precipitaciones; la intensificación del uso de agrotóxicos y la deforestación en vinculación con los monocultivos, que redujeron considerablemente las poblaciones de las especies depredadoras de mosquitos; la resistencia a los insecticidas que desarrolló el *Aedes* y su proceso de adaptación ecológica, que registra un desplazamiento desde los espacios 'naturales' a los ambientes urbanos y domiciliarios. En el contexto urbano, su proliferación³³ se encuentra estrechamente relacionada con ciertas condiciones de pobreza estructural: necesidad de almacenar el agua potable en recipientes (habitualmente descubiertos) por la inexistente o insuficiente provisión del

³² Aunque la actividad del *Aedes* hembra (con oviposuras de entre 50 y 200 huevos cada 72 horas) se registra en épocas de calor y lluvias/humedad y se extiende hasta los 16°C; los huevos resisten temperaturas de -8°C y sobreviven hasta por 12 meses, reiniciando el ciclo biológico cuando las condiciones vuelven a ser favorables. Se ha demostrado la transmisión transovárica del virus por lo que la infección puede mantenerse en la población de mosquitos sin necesidad de participación humana (Palmieri y Seijo, 2001).

³³ El *Aedes aegypti* coloca sus huevos en cualquier recipiente que almacene agua con bajo tenor de materia orgánica, formando criaderos. El ciclo de vida del *Aedes* presenta dos fases de desarrollo claramente diferenciadas: la fase acuática o de estadios inmaduros (huevo, larva y pupa) y la fase aérea o de adulto (imago o mosquito) (SiME, 2011).

servicio, presencia de basurales a cielo abierto y de envases no biodegradables que acumulan agua de lluvia, servicios deficientes de eliminación de desechos y de saneamiento ambiental, ocupaciones como el cirujeo que producen la acumulación de objetos, entre otros factores (OMS, 2012; OPS, 2012; SiME, 2009a y 2011).

Durante el período comprendido entre Diciembre de 2009 y Abril de 2010, se notificaron en Rosario casos aislados de dengue (autóctonos e importados) producidos por serotipos múltiples (hiperendemicidad): DEN-1, DEN-2 y DEN-3. Asimismo, se registró en la ciudad (y por primera vez en la Argentina) el serotipo DEN-4; inicialmente se trató de casos importados, pero luego comenzaron a presentarse algunos casos autóctonos (SiME, 2010). De esta manera, si bien la enfermedad no adquirió las características de epidemia como en el período estival anterior, se continuó registrando la presencia del vector y del virus, pero esta vez con la aparición de serotipos múltiples, lo cual agregaba una nueva dimensión de complejidad al problema.



Sur... paredón y después...

CAPÍTULO 4.

EL BARRIO TABLADA

CAPÍTULO 4. EL BARRIO TABLADA

“Entonces, bautizaron con el nombre de ‘obrero’ a su barrio ‘Tablada’; barrio de ‘gente trabajadora’, ‘de gente laburante’, de ‘gente humilde’, de ‘gente de sacrificio’” (Gergolet, 1999: 23).

El espacio urbano analizado desde la perspectiva de su constitución histórica y su determinación social, en vez de ser restringido a la idea de lugar físico, posibilita indicar ciertas relaciones entre salud y estructura social (Paim, 1997).

El barrio conocido popularmente como Tablada (Distrito Sur de la ciudad de Rosario) ha transitado por sucesivos procesos de construcción y reconstrucción (*sensu* Vilaça Mendes *et al.*, 1993). Se constituyó en los inicios del siglo XX a partir de las actividades portuarias y del Matadero, ubicado en un área en la que el municipio destinó toda actividad ‘contaminante’, desde los basurales hasta los manicomios (Foucault, 2003). Inicialmente barrio de obreros e inmigrantes, luego devenido en ‘villa miseria’ (Malla, 2006 y Koldorf *et al.*, 2005).

Siendo uno de los barrios de más antigua formación de la ciudad, guarda la particularidad de que sus pobladores fueron protagonistas voluntarios o casuales de la mayoría de los procesos históricos, socioeconómicos, políticos y culturales que ocurrieron en el país.

Desde los primeros acercamientos a Tablada y a sus pobladores se advirtieron ciertas particularidades del entorno que hacían necesario profundizar el abordaje imbricando tiempo y espacio para poder desarrollar el argumento de esta tesis.

De esta manera, la primera parte de este capítulo se refiere a los orígenes del barrio para centrarse en la forma en que son concebidos los límites/fronteras de Tablada y en la historia de su denominación (Sección 4.1. *“Tablada: Evocación de Tiempo y Espacio”*). Para componer este apartado se recuperaron algunos trabajos provenientes del campo de la historiografía y de la antropología sociocultural. Los relatos de los pobladores y de los diversos actores institucionales del barrio aportaron a la exposición, enriqueciéndola y complejizándola.

Seguidamente se introducen aspectos significativos en torno a su constitución desde principios de 1900 hasta la actualidad (Sección 4.2. *“Frontera del Sur’: Tablada como Área de los Servicios ‘Contaminantes’”*). Este apartado su nutre, también, de las investigaciones académicas acerca de la historia del barrio Tablada, que se iniciaron hacia fines de la década del sesenta. Estos estudios partieron de las experiencias ancladas en la memoria de sus pobladores y de diversas fuentes documentales aportadas por las instituciones locales (vecinales, clubes, escuelas, iglesias, entre otras) y por los propios ‘vecinos’, para acercarse a la constitución del barrio como espacio urbano, a la vivencia de ese espacio por parte de sus moradores y a la identificación de éstos con los fenómenos relacionados con el mundo del trabajo y de la política en sus devenires.

En el tercer apartado se recuperan algunas de las formas de referenciar y de referenciarse que tienen los pobladores de Tablada, brindando algunas consideraciones en torno a cómo es caracterizado el barrio (Sección 4.3. *“Tablada como Barrio ‘Mezclita’”*).

Finalmente, se presenta una fundamentación y delimitación del área en donde se desplegó este estudio, el sector Noreste de Tablada. También se mencionan algunas de las instituciones en donde se desarrolló el trabajo de campo y se profundiza en determinadas características de esa zona y sus pobladores que posibilitan comprender diversas facetas del problema en estudio (Sección 4.4. *“El Sector Noreste del Barrio Tablada: Escenario de la Epidemia”*).

4.1. Tablada: Evocación de Tiempo y Espacio

Las primeras menciones al origen de la zona que pasaría a ser conocida popularmente como 'Tablada' se remontan al año 1774, cuando se instala la 'Posta del Rosario de los Arroyos'¹ en un solar que en la actualidad se ubicaría entre las calles Alem, Colón, Bv. 27 de Febrero y Virasoro. Esta posta, comisionada para el servicio de correo, vinculaba las ciudades de Buenos Aires con Asunción del Paraguay, pasando por Santa Fe, Corrientes y Misiones. Este emplazamiento tuvo una significativa importancia ya que *“por allí pasaron los ejércitos de San Martín y de Belgrano, sin olvidarnos de dos figuras transcendentales como lo fueron Carlos Darwin y quien luego fuera el Papa Pío IX”* (Malla, 2006: 20).

No hay más registros históricos hasta el año 1874 en que se licitó la construcción del Matadero Público por medio de la Ordenanza N°5, siendo inaugurado dos años después sobre la traza del Camino de la Costa, hoy Abanderado Grandoli, entre las calles Ayolas y Bv. Seguí (Malla, 2006).

El primer nombre que recibió el barrio fue el de 'Matadero', cuando se comenzó a poblar la zona aledaña al Matadero Municipal. Se desconoce la fecha exacta, pero posteriormente el barrio pasó a ser conocido como 'Tablada', denominación que perdura en la actualidad² (Malla, 2006).

El lugar que dio origen al nombre de 'Tablada' estaba ubicado en lo que hoy sería la calle Necochea entre el Bv. 27 de Febrero y Gálvez, donde está el paso a nivel del ferrocarril Belgrano (ex-ferrocarril Central Córdoba), en su acceso al puerto (Figura 4). Ahí se encontraban:

“los bretes o corrales, donde se bajaba el ganado (...) que llegaba en ferrocarril. Las ‘tabladas’ son los sitios donde están los corrales y allí

¹ Creada en Diciembre de 1774, esta posta también fue conocida como “Posta de la Capilla de Nuestra Señora del Rosario” o “Posta de Aguirre” (designación que recibió en razón de uno de los ‘maestros’, vecinos ‘honorables’, que estuvo a cargo de la misma). Era la época de la colonia española y Rosario era sólo un pequeño pueblo donde residían unas 80 familias en torno a la plaza 25 de Mayo. No se sabe con certeza hasta cuándo funcionó la posta, pero su desaparición fue posterior al año 1833 (Malla, 2006).

² Cabe mencionar que el nombre de 'Tablada' no consta en ningún documento oficial y que su uso fue impuesto por los mismos vecinos del lugar (Malla, 2006).

se procede a rematar la hacienda. También es el lugar donde se guardan los animales para el sacrificio en el Matadero” (Malla, 2006: 33).

“El barrio fue recibiendo distintos nombres a lo largo de su historia, siendo el más representativo para su gente el de ‘Tablada’ (...) El nombre de Tablada tiene que ver con la historia del Matadero, que también está relacionada con el ferrocarril, porque en realidad las ‘tabladas’ eran los corrales de tablas que estaban a la orilla del ferrocarril donde descargaban la hacienda que venía desde el interior (...) ahí se alojaban a los animales para posteriormente sacrificarlos en el Matadero” [Referente barrial].

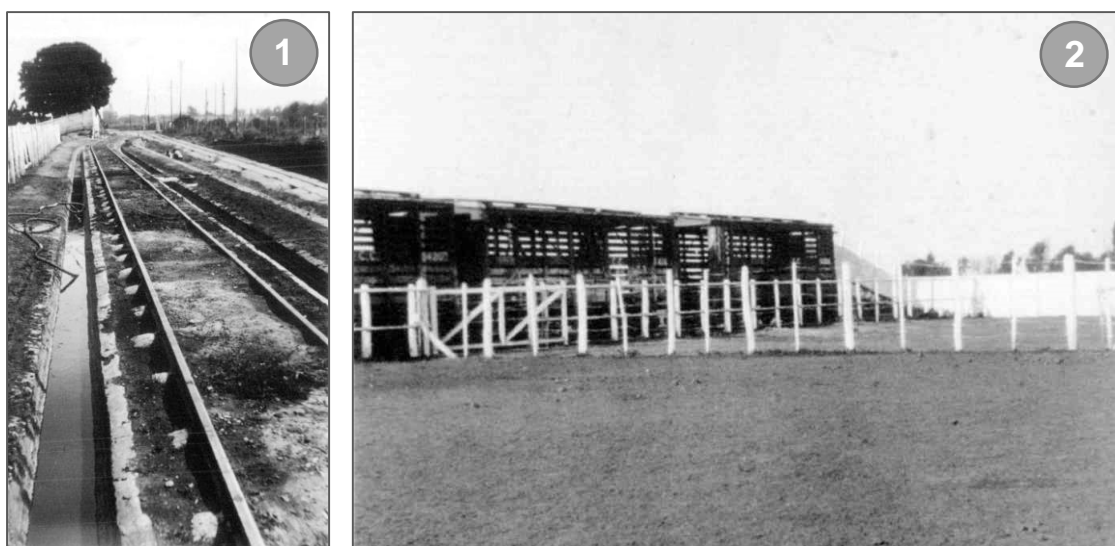


Figura 4. Sitio que dio origen al nombre ‘Tablada’: 1) Hacia la izquierda se emplazaban los bretes y al fondo se encontraría la actual calle Necochea y 2) Vista de los corrales donde bajaban el ganado – 1932³

En 1950⁴ el barrio recibió el nombre de ‘General José de San Martín’ en conmemoración al Primer Centenario de su fallecimiento, por Ordenanza Municipal N°627; fijándose sus límites: de Oeste a Este desde la Avda. San

³ Nota: Fotografías cedidas por Roque Cossettino. Fuente: Malla (2006).

⁴ Con anterioridad a esta fecha, la Municipalidad emitió otras Ordenanzas donde figuraban como nombres del barrio: ‘Calzada’ y posteriormente ‘Saavedra’.

Martín hasta el río Paraná y de Norte a Sur desde Bv. 27 de Febrero hasta Bv. Seguí.

Pero este nombramiento/delimitación oficial, 'impuesto', no se correspondía con las formas de evocar el espacio, que continuó siendo referenciado como 'Tablada', ni con los 'límites' definidos, recreados, resignificados y vivenciados por sus pobladores.

“La cuestión de la denominación (...) supone una referenciación lingüística e imaginaria en la que interactúan las vivencias del presente con las memorias del pasado -de los antepasados- (...) la demarcación física que excede los límites formales para ‘hacerse real’ en el accionar (histórico) de quienes lo viven, lo caminan” (Koldorf et al., 2005: 138).

A este respecto, Silva (1998) menciona que existen dos tipos de espacios urbanos: el 'oficial' que delimitan las instituciones con anterioridad a que los ciudadanos lo hagan propio y el 'territorio diferencial' construido en, por y a través de la experiencia de los sujetos. La recreación del espacio limitado oficialmente, desde las marcas y vivencias de sus habitantes, constituiría un territorio diferencial, un microcosmos socioafectivo desde donde se explicaría la macrovisión del mundo restante. Este tipo particular de territorio se enmarca dentro de territorios más amplios con los cuales establece relaciones dinámicas; y plantea fronteras representadas no sólo por meras líneas físicas o bordes rígidos, sino por las evocaciones construidas por sus pobladores y por las propias contingencias de su historia (Koldorf et al., 2005).

De esta manera, aunque los 'límites' de Tablada se tornan imprecisos, se enriquecen y complejizan en las distintas formas en que son concebidos y reconocidos por sus pobladores, como dejan entrever los siguientes relatos:

“Este barrio se llama Tablada (...) va de 27 de Febrero y el río, allá... [señala] por un lado, y después llega hasta San Martín y lo que es Uriburu... al sur (...) pero tiene distintas zonas este barrio (...) es un barrio muy grande (...) La gente le dice Tablada... aunque creo le pusieron San Martín (...) para la gente siempre va a ser Tablada” [Vecino].

“Tablada lo que tiene es que es un barrio enorme, esa es la cuestión, es enorme... y cada uno lo parcela como quiere... Si vos me preguntás a mí, Tablada, lo que es Tablada y... yo siento que empieza en 27 de Febrero y termina en Seguí y eh... desde lo que es el costado de la barranca llega hasta Ayacucho, Alem... lo que es 1º de Mayo... y ya después de ahí, no... no siento que sea Tablada... es distinta esa zona” [Vecina].

“Por la vecinal [AVROSE] el barrio va desde 27 de Febrero y la calle Ayolas, hasta San Martín y lo que es el Acceso Sur, más hacia el río... Pero para la gente Tablada tiene otros límites, que son muy variables... (...) los límites de Tablada eh... tienen que ver con la historia del Matadero (...) en la medida en que se mueve el Matadero se mueven esos límites, digamos (...) la pertenencia al espacio está fuertemente relacionada al Matadero, entonces vos tenés que cuando el Matadero estuvo en 24 de Septiembre y Grandoli, el primero digamos, toda esta zona comienza a autodenominarse Tablada... y cuando en 1930 trasladan el Matadero (...) pasando Uriburu digamos, (...) la gente de toda esa zona también se dice de Tablada...” [Referente barrial].

A través de las notas de campo y del trabajo que sobre este aspecto realizó en profundidad Gergolet (1999), se pudieron componer los ‘límites’ de este ‘territorio diferencial’ situado en el Distrito Sur de la ciudad de Rosario.

El barrio ‘Tablada’ se despliega entonces en torno a dos ejes trazadores:

- ▶ *Norte-Sur:* Desde el Bv. 27 de Febrero al Norte hasta la Avda. Uriburu al Sur. Pero los pobladores aledaños al ‘Matadero’ indican que el límite Sur del barrio se extiende hasta la calle Lamadrid.
- ▶ *Este-Oeste:* Desde el río Paraná hacia el Este hasta la Avda. San Martín al Oeste. Sin embargo, algunos pobladores mencionan que ‘Tablada’ llega hasta la calle Alem hacia el Oeste, explicando que: *“de Alem hacia San Martín es otra cosa, ‘gente bien’, es más comercial esa zona, no es Tablada”*.

La siguiente imagen ilustra algunos de los 'límites' de 'Tablada' (Figura 5).

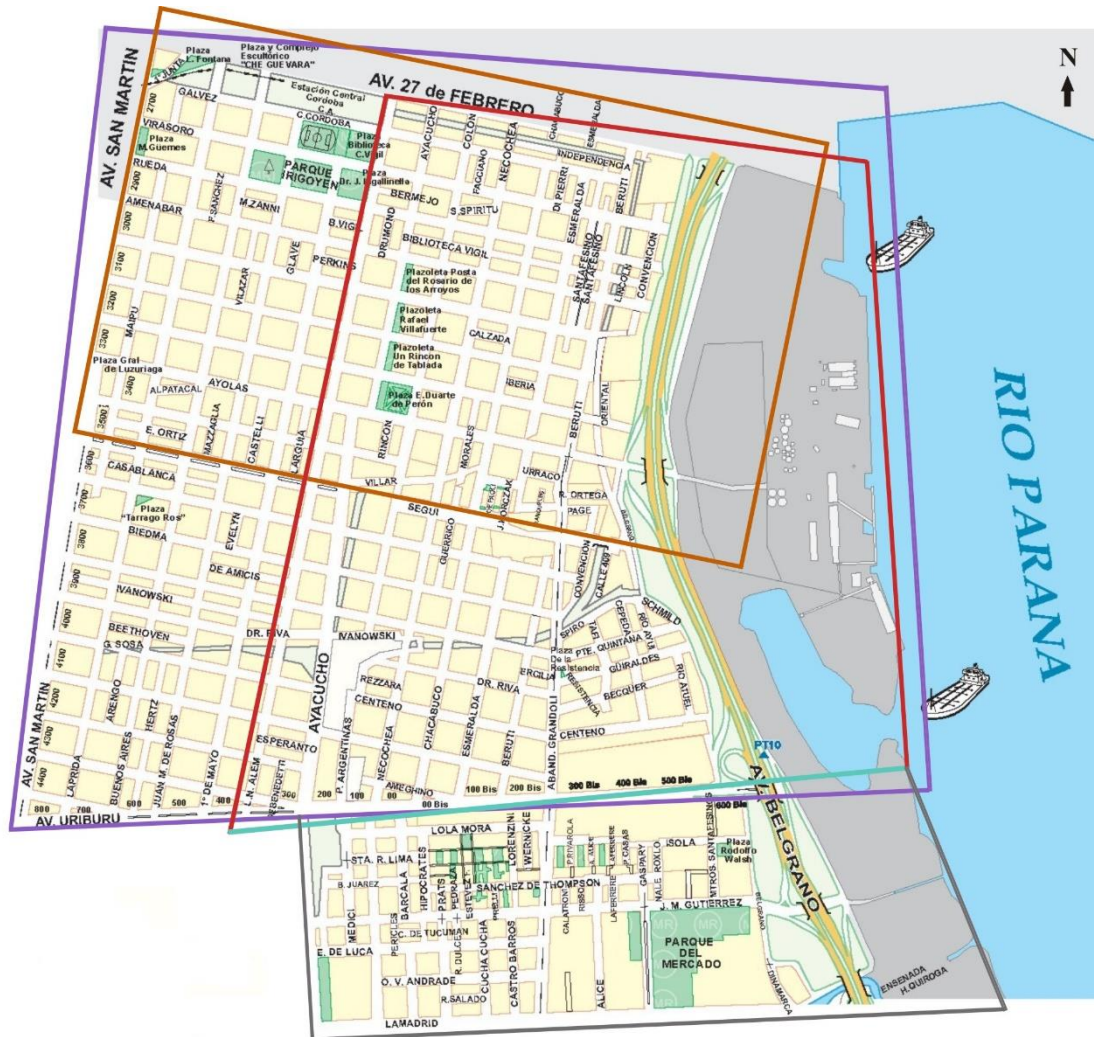


Figura 5. 'Límites' de 'Tablada'⁵

“Los ‘límites’ aparecen como una expresión cargada de valoraciones que insinúan significaciones diferentes en los vecinos de este barrio (...) de su sentido de ‘pertenencia’ (...) que está dado particularmente por la ‘permanencia’ de personas que nacieron, crecieron, vivieron (...) aquí” (Gergolet, 1999: 16).

⁵ En color naranja se presenta la delimitación oficial correspondiente al barrio 'General José de San Martín'; mientras que los restantes colores referencian los 'límites' del barrio 'Tablada' según los pobladores.

Se pudo vislumbrar entonces que los pobladores de 'Tablada' percibían dos 'límites' como inmutables: el río Paraná, barrera natural, al Este y el Bv. 27 de Febrero, barrera urbana/'frontera del Sur', al Norte. Los 'límites' Oeste y Sur eran percibidos diferencialmente por los sujetos y grupos sociales del barrio, permaneciendo como 'límites' dinámicos y móviles.

Estos 'límites' evocan la figura identitaria de un 'barrio obrero' y aparecen así estrechamente vinculados al Matadero y sus devenires, ya que en el año 1931 fue trasladado más al Sur, a las calles Lamadrid y Pedernera (Gergolet, 1999).

4.2. 'Frontera del Sur': Tablada como Área de los Servicios 'Contaminantes'

A partir de 1874 el emplazamiento que hoy ocupa Tablada se configuró como el área de los servicios 'contaminantes' o 'marginales' de la ciudad de Rosario. El Bv. 27 de Febrero constituía la 'frontera del Sur' de la ciudad, porque allí terminaba lo que se consideraba como zona urbanizada⁶ y comenzaban las quintas y el descampado. Es así que esta área se volvió depositaria de todo aquello que fue considerado desagradable o 'contaminante' por la élite dominante⁷: mataderos, corrales, chiqueros, vaciaderos de basura, asilos y manicomios (Malla, 2006).

La administración municipal, las sociedades de beneficencia y la iglesia católica jugaron un rol fundamental en el establecimiento de *"instituciones públicas que se encargaron de dar cabida a los sectores marginales de la sociedad, como ser los mendigos, dementes, delincuentes, ancianos y niños pobres"* (Malla, 2006: 57).

Así, se instalaron el Asilo de Mendigos y Dementes del Sagrado Corazón de Jesús (1889) luego 'Hogar de Ancianos', el Asilo Buen Pastor (1896) que funcionó como cárcel de mujeres, el Asilo de San Vicente de Paul (1899)

⁶ El Bv. 27 de Febrero fue por mucho tiempo el límite de los servicios esenciales, hasta allí llegaba el agua potable, el gas, la iluminación y las cloacas. El loteo empezó alrededor del año 1927 y posteriormente fueron llegando los servicios esenciales (Malla, 2006).

⁷ Los sectores pudientes y la élite comercial formada a expensas de la importación-exportación, de la especulación inmobiliaria y del contrabando (Koldorf *et al.*, 2005).

conocido como 'Asilo de las Viuditas' y el Centro Municipal de Ancianos Indigentes⁸ (1960) llamado también 'Crotario Municipal', ya que *“eran en su mayor parte indigentes, vagabundos, defectuosos, portadores casi todos ellos de alguna enfermedad (...) en pésimas condiciones de higiene”* (Malla, 2006: 65).

Hacia 1910, Tablada contaba con dos estaciones de trenes y era atravesada por cinco líneas de distintos ferrocarriles. Esto determinaría su crecimiento, pero también uno de sus mayores inconvenientes, ya que quedaba aislada de los barrios adyacentes e internamente subdividida: Se originan así *“las áreas potencialmente marginales mucho antes de estar formadas, en los espacios entre ramales o líneas paralelas”* (Malla, 2006: 14).

El barrio se desarrolló en un escenario vinculado con el mundo del trabajo, principalmente con la industria de la carne y de los productos derivados de esta y con el puerto, los ferrocarriles y el Ministerio de Obras Públicas⁹; en el marco de los cambios que se produjeron en el país con la incorporación del modelo agroexportador, proyecto que fue introducido y profundizado por la Generación del 80 (Gergolet, 1999).

A este respecto, el Matadero Municipal (1876), los ferrocarriles y el puerto¹⁰ se configuraron como espacios estructuradores en la conformación del barrio, dando inicio al crecimiento habitacional y económico de la zona (Malla, 2006).

En la búsqueda de la vivienda familiar, la población compraba lotes pagaderos a plazos, alquilaba terrenos sin ningún tipo de edificación o se asentaba ilegalmente en tierras desocupadas. A los problemas de salubridad y hacinamiento, se les sumaba la distancia a los servicios educativos, de salud y de abastecimiento (Malla, 2006).

En torno al Matadero se instalaron diversas industrias para el aprovechamiento de sus subproductos: curtiembres, jabonerías, graserías,

⁸ El Centro Municipal de Ancianos Indigentes se instala en el primer lugar donde funcionara el Matadero Viejo. En 1964, el establecimiento toma el nombre de Gerontocomio Municipal 'Abanderado Grandoli'. Anteriormente hubo un proyecto para construir allí la Cárcel de Encausados de Rosario (Malla, 2006).

⁹ El tramway o servicio de tranvías a caballo también fue determinante para el desarrollo del barrio (Malla, 2006).

¹⁰ La importancia económica que había adquirido el puerto de Rosario, situado como punto estratégico del litoral fluvial, lo convirtió en un polo de atracción laboral, especialmente para los inmigrantes. Su construcción comenzó en 1902 (Malla, 2006).

triperías, saladeros, barracas, fábricas de velas y frigoríficos; que atrajeron a la mano de obra necesaria para su funcionamiento, dando origen a varios conventillos¹¹ y a la zona conocida como ‘Villa Manuelita’¹² (Malla, 2006).

Los habitantes del barrio eran gente humilde, obreros y asalariados que trabajaban en el Matadero y en las industrias vinculadas al mismo. Otros lo hacían en aserraderos, en depósitos de materiales de construcción, en el ferrocarril, en el puerto, en el Ministerio de Obras Públicas y en el frigorífico Swift. Los ‘gringos’ (inmigrantes europeos, principalmente italianos y españoles, y en menor medida polacos y franceses) comenzaron a ser mayoría en las curtiembres y triperías; mientras los ‘criollos’ se dedicaron a las actividades del matadero y del vaciadero municipal (Gergolet, 2001).

Con la instalación del vertedero de basura municipal a principios del siglo XX, se fue levantando la ‘villa miseria’ conocida como ‘Bajo Ayolas’ (también llamada ‘Villa Manuelita’¹³ o ‘La Basurita’), donde se radicó, en ranchos construidos con latas, maderas y adobe, la gente más pobre que sobrevivía de la clasificación de los desechos domiciliarios, del ‘cirujeo’ y de la cría de cerdos y de otros animales (Malla, 2006).

“El hacinamiento, la promiscuidad y el bajísimo nivel de vida fueron el marco adecuado para la aparición de actos delictivos (...) esta zona fue conocida como un barrio de terror, se lo conocía como el ‘Barrio de la Puñalada’, porque todas las riñas se arreglaban con armas blancas. La

¹¹ El conventillo más famoso de Tablada estaba ubicado en el solar de Gaboto y Beruti. Las condiciones habitacionales eran muy precarias, familias enteras vivían hacinadas en pequeñas piezas, pagando de alquiler más de la mitad de sus magros sueldos. Constituía una verdadera villa miseria interna (Gergolet, 1999).

¹² ‘Villa Manuelita’ estaba ubicada arriba de la barranca, entre las calles Centeno al Sur, Grandoli al Oeste, las vías del ferrocarril Rosario-Puerto Belgrano (hoy Acceso Sur) al Este y las vías del ferrocarril Provincial de Santa Fe al Norte (Malla, 2006).

¹³ Cabe diferenciar entre la zona denominada ‘Villa Manuelita’ (situada arriba, antes de llegar a la barranca) que se desarrolló en torno a las actividades del Matadero; de la ‘villa miseria’ que se asentó en el ‘Bajo Ayolas’ y que también se conoció como ‘Villa Manuelita’. Esta última se localizó en los comienzos de la calle Ayolas, sobre y bajo la barranca del río Paraná. Fue erradicada en 1976 por el gobierno de la dictadura militar, siendo trasladada al barrio Las Flores, en el límite Sur de la ciudad de Rosario. En el lugar se construyó el Acceso Sur al Puerto, llamado también Avda. Gral. Sánchez (Malla, 2006). Actualmente toda la zona que está sobre y después de la barranca, en lo que hoy es el acceso Sur, se conoce como ‘Bajo Ayolas’ y es uno de los asentamientos irregulares más precarios de la ciudad de Rosario.

acción policial debía ser enérgica frente a la conducta de aquellos que estaban fácilmente dispuestos al uso de cuchillos, facones y armas de fuego, para arreglar sus asuntos. Esta zona registró por mucho tiempo el mayor número de defunciones por homicidio de toda la ciudad, continuando la situación hasta la erradicación de Villa Manuelita hacia fines de la década de 1970” (Malla, 2006: 28).

A partir de 1930 empiezan a llegar los ‘cabecitas’, migrantes del interior, especialmente de las provincias del Norte del país. Todos vinieron en la búsqueda de trabajo y vivieron los embates de las crisis socioeconómicas y políticas de un país incierto pero con un razonable horizonte de ascenso de clase. Estas migraciones internas del campo a la ciudad, configuraron el paisaje propio de los asentamientos irregulares o ‘villas miseria’¹⁴. Los migrantes se fueron asentando en los terrenos adyacentes a las vías del ferrocarril, en los paseos y solares públicos en estado de proyecto y en sectores de la costa y de la barranca de propiedad fiscal que no habían sido ocupados por el puerto (Malla, 2006; Koldorf *et al.*, 2005).

Desde ese momento y en consonancia con la profunda crisis socioeconómica y política¹⁵ que imperaba, diversos escritores, novelistas¹⁶ y poetas retrataron la situación de ‘miseria’ que se vivió en el barrio en el período 1930-1943, ‘tiempos de la república agropecuaria’: desocupación, enfermedad, desnutrición, analfabetismo, deserción escolar, trabajo infantil,

¹⁴ Estos asentamientos irregulares comenzaron a extenderse entre 1950 y 1960, formándose así algunas de las ‘villas miseria’ más populosas de la ciudad de Rosario (Malla, 2006).

¹⁵ La crisis económica que imperaba, producto del crack de 1929 en la Bolsa de los EE.UU. y la Gran Depresión, afectó profundamente a la Argentina y a la gestión del gobierno radical de Yrigoyen. En 1930 se produjo el primer golpe militar en el país, inaugurando un período de represión, fraude electoral, deflación, soborno y corrupción. La crisis descubre a un país dependiente de Inglaterra y las falencias del radicalismo, partido que hasta ese momento había expresado a las mayorías populares. El panorama social era desolador, ollas populares, gente sin trabajo, fábricas cerradas: *“una Argentina ha quedado atrás para siempre y se comienza a transitar por el fango de la Década Infame”* (Galasso, 1997: 23).

¹⁶ Una de las obras literarias más conocidas es la de Rosa Wernicke *“Las Colinas del Hambre”*. Esta novela, que fue editada en el año 1943, relata de modo muy vívido cómo era la vida de los ‘topos’ y ‘horquilleros’ (cirujas) de ‘Villa Manuelita’. Gergolet (1999) realiza un análisis de los testimonios de los vecinos de Tablada y de las fuentes documentales que han perdurado para componer un retrato de esa época.

subasta de mujeres en la trata de blancas, barrios de latas y villas (Gergolet, 1999).

El diario La Capital ‘Decano de la prensa argentina’ daba cuenta de todos los hechos delictivos que ocurrían en Tablada, ‘barrio peligroso’, bajo el encabezado ‘Sucedió en Tablada’¹⁷, del que seguidamente se transcribe un fragmento (Gergolet, 1999).

“El espectáculo que ofrece la calle Ayacucho desde el 3500 al 3900¹⁸, demuestra el abandono en que ha permanecido esa zona, (...) gran número de desocupados han construido miserables ranchos con trozos de hojalata y madera que causan penosa impresión (...) la miseria humana se exhibe allí con crudeza y los ocupantes de esos ranchos significan un constante peligro para los moradores de la zona, obreros en su mayoría, que miran con desconfianza a aquella gente extraña que con frecuencia es visitada por la policía, por encontrarse entre ellos elementos perseguidos por la autoridad. Los charcos con agua fétida y los vaciaderos de basura, por otra parte, atentan contra la salud del vecindario” (Diario La Capital del 19 de Agosto de 1943, en Malla, 2006: 17).

Hacia 1920 habían aparecido en Tablada algunos ‘caudillos radicales’; pero la participación política se popularizó recién en la década de 1940, cuando emergieron figuras relacionadas con el peronismo que obtuvieron un amplio consenso barrial y que llegaron a ocupar bancas en la legislatura provincial y en el Consejo Deliberante de Rosario (Gergolet, 1999).

¹⁷ En oposición a esta mirada, ALAS ‘Periódico de la Zona Sur’ editado durante los años 1944 y 1945 por un vecino del barrio llamado Lorenzo Lazarte, tenía una columna con el mismo nombre ‘Sucedió en Tablada’ en la que resaltaba los valores morales, las cualidades solidarias y altruistas de sus pobladores (Gergolet, 1999).

¹⁸ Este extracto de ‘Sucedió en Tablada’ se refiere a la villa miseria conocida como ‘Alto Verde’, ubicada sobre la calle Ayacucho entre Bv. Seguí y Avda. Uriburu (a lo largo de las vías del ferrocarril Provincia de Buenos Aires). Actualmente, este asentamiento irregular se denomina ‘cordón Ayacucho’ y casi semanalmente ocupa las columnas del mismo diario por hechos delictivos, mayoritariamente relacionados con el narcotráfico. Algunos vecinos del cordón expresan que se encuentran en una *“situación de abandono y desamparo terrible”*, donde cotidianamente vivencian *“hechos delictivos de una violencia inusitada”*.

“Cuando vino el peronismo, el barrio entero se hizo peronista, todos éramos peronistas... era raro encontrar a alguien que no fuera peronista, muy raro... entre la gente laborante, (...) Acá la mayoría era gente humilde, pero trabajadora... (...) Esto en un principio tenías todas casillas de chapa, casillas de madera... ranchos, todo en esta zona... difícilmente encontrabas una de material (...) Durante el peronismo empezó a cambiar el barrio, aparecen las primeras casas de material, se empieza a construir mucho... porque había planes de vivienda... todo lo que eran los créditos... (...) tenías la posibilidad de construirte tu casita de material o de mejorarla (...) Ese fue un momento muy bueno, había mucho trabajo, muchísimo... Si vos querías trabajar tenías trabajo seguro... tus hijos tenían trabajo seguro... había muchísimo trabajo...” [Vecino].

La llegada del peronismo instauró una época caracterizada por la existencia de una importante oferta laboral en el barrio, donde llegaron a crearse más de 10.000 puestos de trabajo en el puerto, los ferrocarriles, las metalúrgicas, el frigorífico y las industrias relacionadas con la carne (Gergolet, 1999). Sin embargo, en el período de 1974 a 1994 se produjo una fuerte caída de su estructura industrial, situación que se tornaría irreversible frente a la profundización de las políticas neoliberales (Koldorf *et al.*, 2005).

Una multitud de trabajadores¹⁹ se encontraron despojados de sus fuentes de trabajo; ya que la mayoría de los frigoríficos, de las fábricas y de las empresas radicadas en Tablada se declararon en quiebra, cerrando los establecimientos en forma permanente. Esta situación afectó profundamente a los pobladores del barrio, configurando cambios fundamentales en el proceso económico-laboral y en las relaciones comunitarias, como queda reflejado en los siguientes relatos que se transcriben a continuación.

¹⁹ El diario La Capital informa que en el año 2000 se perdieron 10.000 fuentes de trabajo en el barrio Tablada (Diario La Capital del 23 de Abril del 2001, en Koldorf *et al.*, 2005).

“la corchería se cerró hace unos cuantos años también... trabajaban muchas personas, sobre todo muchas mujeres. En la corchería la mayoría eran mujeres (...) las operarias. Quebró hace un montón de años, cerró, quedó el edificio vacío. Y después otro lugar tenías la Curtiembre acá en Grandoli y Ayolas, también cerró hace rato y ahora hay un galpón eh... Después donde ahora es el CECLA en la parte de adelante era una fábrica de gaseosas, la Bidú, que después fue la Crush y después allá por el año setenta y pico se cerró. Por eso te digo que la historia del barrio era de muchas fábricas y de frigoríficos, (...) mucha gente trabajaba en los frigoríficos, estaba el Swift que está ahí pasando el arroyo Saladillo, tenés lo que era la CAP también. La CAP era también otro frigorífico... (...) La CAP funcionó, la CAP cerró y compró Mattievich, cambió la firma... ahora es Mattievich, pero está trabajando poco... (...) Otro frigorífico que había era La Tropa que estaba en Gaboto y Beruti, ahí en una época cuando era La Tropa había matanza de animales pero después cerró... al tiempo también compró Mattievich y solamente trabajaban con embutidos... ahora no está trabajando, no sé si cerró o qué... Sí, hubo muchas fábricas... (...) era un barrio de trabajadores. Bueno y después, viste que quedó? Nada... nada quedó... lo único que el Swift, viste? El único y después bueno el Mattievich, que no se sabe bien cómo está operando... Y todas más o menos en la misma época cierran... quiebran... (...) fue en el ochenta y pico... (...) yo sé que en la época del proceso todavía eh... te estoy hablando del año 74, 73, 74, funcionaba todo eso. (...) Qué pasó después...? Después del setenta y pico viste que bueno... hasta la democracia... (...) En el ochenta y pico cerró, cerró la fábrica de corchos, yo te digo porque tenía una hermana que trabajaba ahí este... pero debe haber sido ochenta porque... La curtiembre sí cerró también, sí. (...) cerraron... no sé decirte con exactitud si ya en democracia... Por eso te digo que fue en los años setenta, ochenta... Antes fue muy pujante este barrio, o sea, porque todas esas fábricas estaban funcionando a pleno y... ponele que haya alguna otra que yo en este momento no recuerde pero que... o sea y que daba trabajo a mucha gente, me entendés? Y cuando cierran...

cuando cierran fue un desastre... la cantidad de gente que se quedó en la calle, era impresionante...” [Enfermera].

“Este barrio era pobre, marginal, del sur... Todos trabajaban... todos tiraban parejo. (...) en ese lugar, que tenía una experiencia del pasado, barrio de trabajadores, portuarios, fabriles, Ministerio de Obras Públicas, de gente pobre que compartía pobreza... pero (...) queda solamente el barrio viejo, de gente vieja dueña de su casa, trabajadores sin trabajo... Entonces es como toda una revolución que se viene dando en el barrio de cambio de cosas y de significados, con lo cual por primera vez aparecen casas con rejas en el barrio, que nunca se tuvieron... Los códigos que siempre se respetaron, porque chicos delincuentes o grandes delincuentes hay en todos los barrios, cada uno respeta su barrio, este era un barrio que respetaba muchísimo esos códigos hasta que se empiezan a tergiversar por las cuestiones de la invasión de la pobreza que no se conocía. (...) Todo eso se empieza a romper por la incursión de la necesidad, tienen que modificar sistema de trabajo, modificar sistema de alimentación, modificar sistema de atención en salud incluso, porque pierden el trabajo, pierden obra social, pierden continuidad de atención en salud, aparecen enfermedades reemergentes, aparece la disminución de la calidad de vida” [Referente barrial].

En Tablada actualmente residen unas 43.684 personas²⁰. En su interior se presentan diversas situaciones habitacionales, algunas de las cuales corresponden a asentamientos informales y precarios con un alto índice de hacinamiento. La mayoría de esta población registra Necesidades Básicas Insatisfechas e ingresos por debajo de la Línea de Pobreza (ausencia de recursos económicos, beneficiarios de planes), con ocupaciones en el sector informal de la economía, principalmente ‘changas’ y actividades de cirujeo.

²⁰ Los datos fueron extraídos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 por el Observatorio Social Rosario (dependiente de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Rosario) y corresponden a 47 radios censales localizados entre: Bv. 27 de Febrero (N), Avda. Uriburu (S), río Paraná (E) y Avda. San Martín (O).

Existen carencias infraestructurales y de servicios, destacándose la deficiencia en la provisión de agua de red, en la recolección de residuos y en el saneamiento ambiental (Observatorio Social Rosario, 2012).

A partir de la crisis del 2001 y más claramente desde el año 2005, comienzan a registrarse en el barrio episodios de mucha violencia. Se producen conflictos cotidianos entre bandas antagónicas que pelean por el 'control de la calle', donde existen 'espacios vedados al paso', 'ejecuciones públicas y a quemarropa', disputas por el dominio de los circuitos del tráfico de drogas, con 'pibes transformados en soldados de los narcos'. Dominan también las violencias entre facciones históricas del barrio que lideran las barras bravas de fútbol del Sureste rosarino. En esa franja del barrio donde se imbrican las zonas Villa del Tanque, Villa Manuelita y Fonavi Municipal, se registró el 14.3% del total de crímenes por muertes violentas de todo el Departamento Rosario en el año 2009²¹ (La Capital, 2009); situación que se ha venido agudizando en los últimos tiempos.

“Todo este año eh... y desde hace años vamos a decir... pero todo este año fueron muertes una atrás de otra en Tablada... (...) Las situaciones de violencia aparecen entre pibes que consumen, muchos, la mayoría consumen... Son problemas territoriales, muy marcados los territorios eh... bueno, son territorios que tienen que ver con la venta, con la proliferación de un montón de kiosquitos... (...) de pibes que dependen de alguno que está a un nivel un poquito más alto y bueno, esos territorios están marcados por eso, simplemente por pasar de un punto a otro o intentar copar el mercado de alguna forma... 'desleal', vamos a decir... y los pibes digamos quedaron como encerrados en territorios, pero cada vez más restringidos... de una cuadra a otra a veces no pueden transitar... (...) y no sólo se da en los circuitos más marginales, ni de pobreza estructural... se da... en cualquier parte del barrio. (...) Lo

²¹ En el año 2009 (año en que se produjo la epidemia de dengue), se notificaron 112 crímenes por muertes violentas en todo el Departamento Rosario; 16 de ellos ocurrieron en el barrio Tablada (La Capital, 2009). Esta situación se ha mantenido casi inalterable a lo largo del tiempo. En el período comprendido entre Enero y Septiembre de 2011 (sobre un total de 120 homicidios en todo el departamento Rosario), en Tablada se registraron 15 muertes violentas. La mayoría de los hechos se produjo por diferencias interpersonales o venganzas entre conocidos, siendo la tasa de crímenes en ocasión de robo casi nula (La Capital, 2011).

que pasa es que va todo unido, hay todo un combo... el territorio, la droga, la policía, eh... el tomar partido por algún referente de venta de droga, que a veces no necesariamente quiere decir que los pibes vendan o sean 'soldaditos' digamos... en algunos casos sí, pero en otros no... Y el otro condimento son las armas, que están todos armados... (...) que no pueden circular sin armas o 'estar lisos' como dicen ellos, porque es todo un tema... (...) Los tiroteos son de todos los días..." [Psicóloga].

"La escalada de violencia en Tablada es terrible, de no creer... (...) Está la lectura de ajuste de cuentas... pero no sólo son ajustes de cuentas que tengan que ver con ser soldado de algún otro narcotraficante... son cuestiones ya casi... no sé... de broncas, pero también de una instalación de poder que hacen los tipos. (...) las amenazas tienen que ver con cierta rivalidad, de ver quién se la banca más... Estos tipos... que ahí hay varios... está [sobrenombres de los 'tipos'] tienen un uso del poder terrible... (...) Cuando se da la muerte de algún pibe, después aparece la venganza, esa es la modalidad... son los códigos del barrio. (...) reaccionan por el lado del odio, de la venganza, de buscar revancha... es muy complejo todo... (...) o sea, es la salida me parece... o el bajón, o la venganza... (...) hay también entregadores, digamos... (...) hay cuestiones de cruzadas familiares... digamos, de una enemistad así de mucho tiempo... (...) por ejemplo, cuando lo matan a [nombre del joven] planteaban que bueno, que fue por una pelea que hubo en un partido de fútbol en tal año, que siempre de ahí se bardeaban... (...) otros decían que un problema en la escuela había sido... o sea, a veces aparecen como cuestiones de larga data que se cobran ahora. (...) después está la cuestión que dicen que había habido previamente un... como un robo de armas de unos a otros, (...) y aparentemente se cobraron algo de eso, vos me tocás algo a mí y bueno... Lo que pasa es que es raro las dimensiones que cobra esto... (...) te matan por matar... o sea, como que la vida careciera de valor, no? Parece todo un sin sentido... ni siquiera son... digamos, que mataron a tu hermano, entonces vos vas y matás... Sí, en algún momento de esta cadena sí se genera eso... pero si vas más atrás son b., va... que uno las visualizaría

como b., pero que evidentemente cobran una dimensión que digamos... parece increíble... y que al haber circulación de armas, en vez de agarrarse a piñas, se agarran a tiros...” [Trabajadora Social].

Las hinchadas de Newell's y de Central se encuentran fuertemente representadas en Tablada y se visibilizan a través de las 'pintadas' que recubren manzanas enteras.

Los hombres mayores de 30 años señalan que desde hace unos 10 años empezaron a 'pintar' cordones de veredas, postes de alumbrado público, cajas de los medidores de luz y de gas, calles, paredes y árboles, como forma de expresar su sentido de pertenencia a alguno de los equipos del fútbol rosarino y de resolver las disputas entre hinchadas permanentemente enfrentadas. Las 'pintadas' de 'los muchachos' guardan un 'código', 'se respetan'; revelando formas de vincularse en el espacio concreto de la vida cotidiana (Figura 6), como queda plasmado en los siguientes relatos:

“Ahora así nos identificamos, y hay como una especie de acuerdo [tácito] que el que llega primero, ya está, ese lugar ya queda marcado así, no se cambia... o sea, no viene otro y te la pinta encima (...) Algunas están pintadas así desde hace años (...) Y... por ahí las primeras que se hicieron tienen como unos 10 años... Después seguimos haciendo... siempre estamos haciendo (...) La salida es tarde, bien entrada la noche a pintar, para no tener problemas... [¿Hay muchos enfrentamientos entre los equipos por eso?] Justamente es una forma que encontramos de resolver las diferencias sin ir a las piñas, es para no llegar a las piñas... porque antes nos dábamos con toda, nos matábamos... Así no, no, no... Pintamos y eso ya queda así... eso ya queda, 'se respeta', no se vuelve a pintar arriba. Los otros 'lo respetan', salvo por ahí algunos pibitos que les escriben p. al costado, abajo... Arriba no, no... salvo que no quede otro lugar” [Vecino de Central de unos 35 años aproximadamente].

“Para tomar un espacio lo marcamos... En realidad nadie quiere que le pinten la columna de la puerta de la casa, se hace a la madrugada eso... Queda así marcado, por lo general no te lo tocan (...) no hacen nada

para tapártelo, pero... por lo general. Pero lo que pasa es que por ahí los pibitos esas cosas no la entienden, entonces ellos vienen y ven Newell's ahí y le ponen p., pero son los pibitos... Hay lugares bien marcados... eso se respeta, hay código (...) Lo tenés bien marcado, allá ves que hay pintadas de Central... y las columnas se quedaron pintadas de Newell's... las que estaban blancas. Hasta ahí llegó lo de Newell's, lo de Central ya estaba y no se tocó (...) En esta misma cuadra tenés que una esquina está pintada de Newell's, la otra esquina está pintada de Central y hace... más de 10 años que está pintada y nunca se tocó eso... ninguno la tocó (...) Yo soy de Newell's a muerte (...) acá básicamente se respeta... o sea, ya gana Newell's esta cuadra, que nadie se animaba a pintar acá... porque viste... [Está la Escuela N°81 'Juan José Paso'] y los muchachos la agarraron y arrasaron con todo" [Vecino de Newell's de unos 40 años aproximadamente].



Figura 6. *'Pintadas' de Central del grupo de 'los muchachos'*

El enfrentamiento entre las hinchadas se produce en el marco de 'distintas generaciones', 'los muchachos' (mayores de 30 años) tienen un código que 'respeta la primera pintada' y 'los pibitos' tienen otro, diferente al primero que implica tanto 'la toma' de los espacios libres, como de los 'pintados'.

Los 'pibitos', que son en su mayoría adolescentes y jóvenes (desde los 15 a los 25 años aproximadamente) se definen como 'La banda del Pasaje [Santafesino]' (Figura 7). El Pasaje en sus tres cuadras los aglutina y los encuentra en diferentes esquinas, está la de Newell's y está la de Central, los enfrentamientos son permanentes entre estos grupos y también entre otras bandas antagónicas de distintos sectores de Tablada, entre las que se han registrado episodios muy violentos, que trascienden el espacio de lo futbolístico para ubicarse en la disputa del 'control de la calle'. En este sentido, determinados lugares del Pasaje Santafesino, del Parque Italia y de las barrancas están 'tomados', son 'zonas peligrosas' en que 'hay que ir con cuidado' ya que constituyen áreas de venta y de 'reclutamiento de soldaditos'.



Figura 7. 'Pintadas' de Newell's de 'La banda del Pasaje'

4.3. Tablada como Barrio ‘Mezclita’

Tablada se presenta como un barrio de fuertes heterogeneidades y contrastes. Su fisonomía actual trasluce los devenires por los que ha ido transitando, configurando un escenario muy particular en donde se yuxtaponen y mixturán en un entretejido complejo distintos tipos de edificaciones que remiten a la historicidad de los procesos socioeconómicos, políticos y culturales que lo conformaron. Así, los talleres y edificios fabriles abandonados, los viejos edificios de las instituciones públicas, las casas antiguas, algunas de ellas centenarias; conviven junto a los cordones²², los pasillos, los ranchos más precarios y las casas de la ‘gente bien’. Esta característica le confiere la extraña particularidad de ser considerado un ‘barrio mezclita’ (Figuras 8 y 9).

“Es un barrio mezclita entre... tenés todo lo que es más antiguo, las casas de esos primeros inmigrantes que llegaron... y por ahí que te encontrás en medio de eso con un chalet de lujo recién terminado y al lado una casita bien precaria... así de chapa y madera por decirte... es mezclita” [Referente barrial].

“Es mezclita entre eh... había digamos gente... había muchos cordones, pero había también gente frentista, casitas individuales (...) Acá como fueron asentamientos que se fueron haciendo en todo lo que era las vías del ferrocarril (...) Tenés frentistas y tenés terrenos eh... llámese fiscales, del Estado, de lo que sea, donde se asientan. (...) al principio había una clase media trabajadora y después... (...) porque la historia del barrio es así (...) como era zona de frigoríficos, de la fábrica de corchos, de la fábrica de gaseosas (...) o sea, en su tiempo pertenecía a toda una clase trabajadora (...) que hoy están como frentistas, que compraron en esos lugares las tierras... Y los terrenos fiscales ahí se asentó la gente más pobre, se asentó porque esta era una zona de

²² Los cordones del barrio Tablada constituyen asentamientos irregulares de importantes dimensiones que se ubican en torno a las vías del tren, extendiéndose por varias cuadras. En el caso del ‘cordón Ayacucho’ se despliega con dirección Norte-Sur en torno a unas 8 manzanas, algunas de las cuales no cuentan con apertura de calles (calles cerradas), ni guardan un trazado en forma de damero.

mucho trabajo (...) o sea que ahora la clase media se quedó con su casita bien, pero sin trabajo, sin trabajo... ” [Enfermera].

“acá llama la atención eso, cómo en el mismo lugar donde a lo mejor hay una casa en buenas condiciones, al lado hay otra este... muy precaria... esas contradicciones, viste? Por eso mezclita, porque es mezcla (...) la diferencia dentro de la misma zona, unos con todos los servicios, bien, unas casas espectaculares y por el otro lado la pobreza, pero la pobreza más descarnada... ese contraste digamos dentro de la misma zona. (...) esta es una zona que es muy, muy, muy heterogénea” [Promotor de Salud].



Figura 8. *Tablada como barrio ‘mezclita’*

“En el barrio está todo como medio mezclado, mezcla de todo hay... (...) esto es del mil ochocientos y pico... viejo, viejo, viejo, le digo, (...) ahora estoy viviendo yo... pero antes funcionaba como boliche creo, o algo así... (...) ahí enfrente, del otro lado, ahí [señala] vive gente más humilde (...) y acá a mitad de cuadra da con un caserón enorme, que está hecho todo nuevo, todo nuevo...” [Vecino].



Figura 9. *Tablada como barrio 'mezclita'*

Determinadas condiciones y características espaciales y edilicias que aparecen en el marco de lo visible, de lo manifiesto, estarían estructurando, conteniendo y encubriendo otras tantas formas de pensarse y de pensar al otro. Emerge así una forma de clasificación con la que los propios pobladores se referencian y diferencian, y que se encuentra estrechamente vinculada con el modo de vida, con el estatus socioeconómico y cultural reconocido o atribuible, con las percepciones que operan en torno a la moral, a las costumbres, a la pobreza y a la prosperidad.

Hacer alusión a la población o a los 'vecinos' del barrio Tablada, no implica considerarlos como un todo homogéneo. Muy por el contrario, se distinguen en base a una multiplicidad de ejes en tensión que los oponen o los acercan según las circunstancias y las dinámicas de los procesos en que se relacionan. De esta manera, los pobladores se caracterizan y se diferencian en base al espacio que habitan, al nivel socioeconómico que tienen, al tipo de ocupación que desarrollan, al tiempo de permanencia en el barrio, al lugar de procedencia, al compromiso político que asumen, a la religión que profesan, a la hinchada de fútbol que integran, entre otros.

A partir de la revisión extensiva de las notas de campo, se recuperan algunas de las principales formas de referenciar y de referenciarse que tienen los pobladores de Tablada, a saber:

Gente de la barranca, gente del barro, gente de la vía y gente del pavimento. Los que son frentistas y los que viven en cordones, pasillos y villas. Los propietarios de su terreno, los que negociaron su terreno fiscal y los que ocuparon su terreno fiscal. Gente bien y gente pobre. Clase media trabajadora, clase media trabajadora sin trabajo, changarines y cirujas. Gente de la villa buena, trabajadora y honesta y villeros malvivientes, delincuentes, vagos, choros y rateros. Los que viven en casas nuevas, los que viven en ranchos y los que viven en casas antiguas. Los que viven en casas de material y los que viven en casas de chapa y de madera. Los que ya estaban, los que vinieron hace un tiempo y los que recién llegaron. Los nacidos y criados en el barrio, los locales que se vinieron, los del Norte (Chaco, Formosa, Corrientes) y los de afuera (bolivianos, paraguayos). Los que son de Newell's y los que son de Central. Los peronistas, los radicales y los socialistas. Los evangélicos, los católicos y los de los últimos días.

4.4. El Sector Noreste del Barrio Tablada: Escenario de la Epidemia

El sector Noreste del barrio Tablada constituye el espacio territorial en que se circunscribe la mayor parte de la presente investigación²³. Esta área se despliega desde el Bv. 27 de Febrero al Norte, hasta la calle Garay al Sur; y desde la calle Necochea al Oeste, hasta la Avda. Belgrano al Este (Figura 10).

²³ Dado que este estudio se inscribe en el marco de una investigación más amplia acerca de la temática, cabe aclarar que también se ha realizado trabajo de campo en otras áreas del barrio y del Distrito Sur. Sin embargo, el área aquí seleccionada es la que mayor número y variedad de intervenciones preventivas ha tenido desde que ocurriera el brote epidémico debido a que continua registrando ininterrumpidamente la presencia del vector y del virus, por lo que se ha optado por circunscribir y focalizar las observaciones y entrevistas con la población en este espacio territorial.

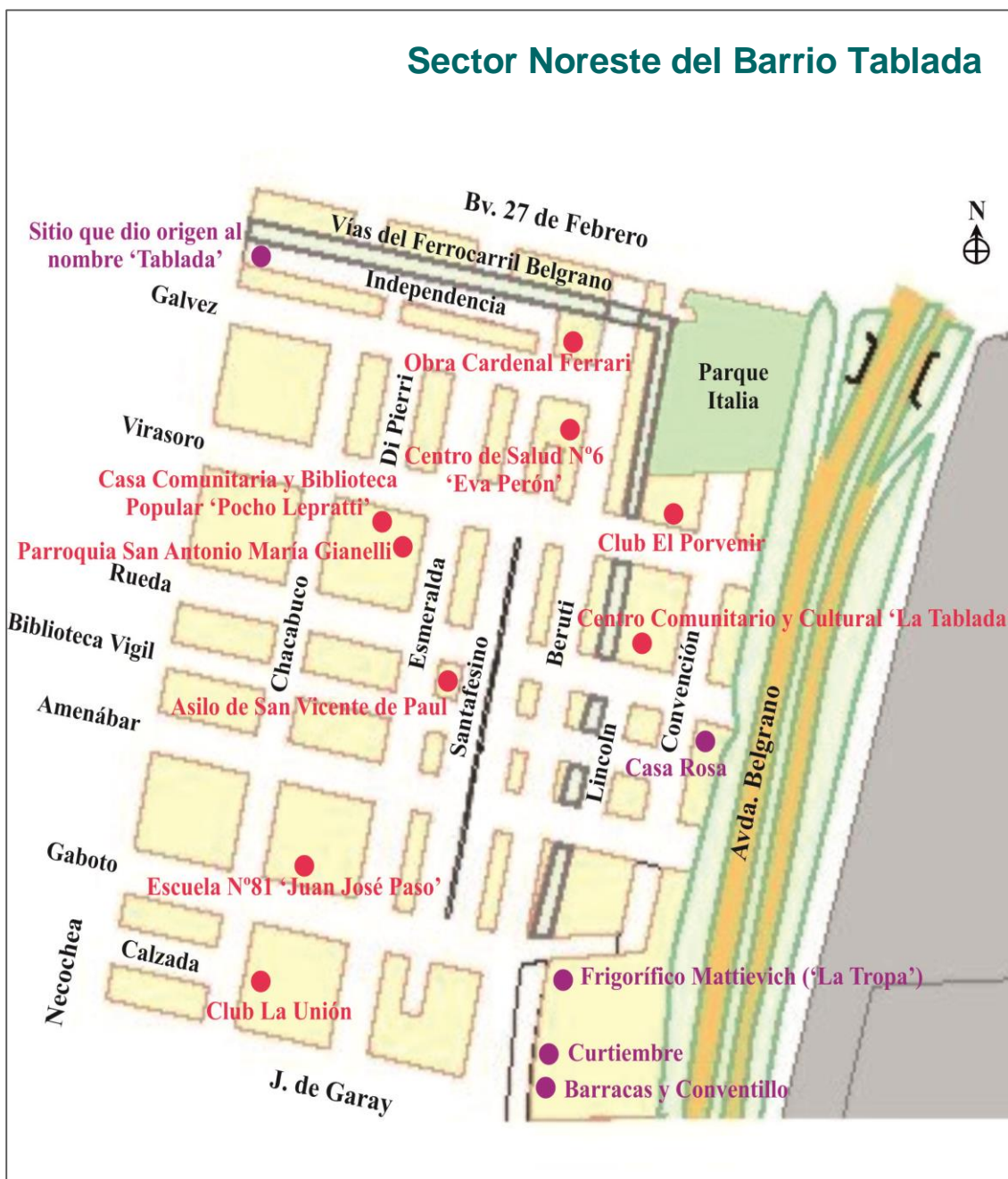


Figura 10. Delimitación del sector Noreste del barrio Tablada: Principales instituciones y lugares emblemáticos²⁴

Este escenario reviste la particularidad de haber registrado durante la epidemia del año 2009 el primer caso autóctono de la enfermedad en Rosario y cerca de la totalidad de los casos de dengue que se produjeron en el Distrito Sur.

²⁴ Las instituciones figuran en color rojo y los lugares históricos en color violeta.

En este sentido, mientras que tanto en el resto del barrio como en otras zonas del Distrito se detectaron casos aislados que se distribuían de manera aleatoria en el espacio; el sector Noreste de Tablada concentró en un área muy reducida, que comprendía algunas manzanas situadas en las inmediaciones de las barrancas, el mayor número de casos de dengue confirmados por serología y por nexo epidemiológico²⁵.

Dentro de este sector se emplazan diversas instituciones y organizaciones públicas e intermedias, como ser: el Centro de Salud N°6 'Eva Perón'²⁶, el Club El Porvenir²⁷, la Casa Comunitaria y Biblioteca Popular 'Pocho Lepratti', la Escuela N°81 'Juan José Paso', la Obra Cardenal Ferrari, el Centro Comunitario y Cultural 'La Tablada', la Parroquia San Antonio María Gianelli, el Asilo de San Vicente de Paul y el Club la Unión.

El Centro de Salud N°6 'Eva Perón' funciona como Primer Nivel de Atención²⁸ de la Red Pública de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y depende de la coordinación de la Región 4 - Nodo Rosario. Este Centro, que se encargó de la atención y seguimiento de los

²⁵ Como se señala en el tercer capítulo *"Dengue: Pasado y Presente de una Enfermedad Reemergente"*.

²⁶ En el Club El Porvenir y en el Centro de Salud N°6 'Eva Perón' se desarrolló más intensivamente el trabajo de campo durante esta investigación.

²⁷ Inicialmente llamado 'Club Atlético Biblioteca Popular Porvenir', este espacio fue creado por algunos vecinos el 9 de Julio de 1941 con la idea de que funcionara una Biblioteca Popular porque *"en el barrio hay chicos que no cuentan con libros"* (Malla, 2006: 106). A pesar de registrar algunos altibajos en su gestión a lo largo del tiempo, este Club continuó realizando una importante actividad social, recreativa y deportiva, (fundamentalmente bochas y juegos de mesa). En sus instalaciones funciona un Proyecto de Extensión de la UNR de apoyo al aprendizaje escolar que ha recuperado y mejorado el espacio de la Biblioteca. En varias oportunidades este Club ha recibido aportes del Estado y a partir de la epidemia de dengue del año 2009 ha prestado su sede para organizar las salidas territoriales y como lugar de convergencia de los equipos de trabajo durante las 'campañas de prevención' del dengue, los 'controles focales' y los 'operativos de bloqueo y descacharrización'.

²⁸ La Red Pública de Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe está conformada por efectores provinciales sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios provinciales con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para la atención de las urgencias y emergencias (DIPAES), y redes de soporte para el proceso de atención. Se basa en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), que involucra a todo el sistema, independientemente del grado de complejidad de los efectores. La Red dispone entre sus fundamentos los principios de complementación y concertación de las políticas de salud con las órbitas municipales y nacionales.

pacientes que tuvieron dengue durante la epidemia del año 2009, dispone de servicios de clínica, pediatría, toco-ginecología, odontología, psicología y farmacia²⁹. Se realizan actividades preventivas³⁰, de diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento de problemas de salud-enfermedad, de resolución de urgencias y/o derivación al hospital. A este respecto, la administración de la institución está a cargo de tramitar los turnos y las derivaciones de los pacientes que necesitan consultar a especialistas, hacerse análisis y/o internarse en los efectores del Segundo/Tercer Nivel de Atención, recurriendo fundamentalmente al 'Hospital Provincial de Rosario'. También se realizan articulaciones con los efectores de salud dependientes de la Secretaría de Salud Pública³¹ de la Municipalidad de Rosario (principalmente con el Centro de Salud 'Luis Pasteur'), pero estas son menos frecuentes en relación con las anteriores.

²⁹ La institución se encuentra abierta al público todos los días hábiles de lunes a viernes, en el horario de 7 a 13 horas. El equipo del Centro de Salud está conformado por unas 17 personas entre las que se encuentran: la coordinadora, los médicos clínicos, la médica generalista, las pediatras, la tocoginecóloga, la odontóloga, los enfermeros, la agente sanitario, las psicólogas, las trabajadoras sociales, la administrativa y las mucamas. La mayoría del personal se encuentra en planta permanente y son muy pocos los que están contratados o en planta transitoria. Los integrantes de esta institución se caracterizan por estar 'prontos a jubilarse' o ser 'de reciente ingreso'.

³⁰ Los profesionales del Centro de Salud refieren que en la institución se desarrollan las siguientes actividades preventivas: vacunación, entrega de anticonceptivos, charlas orientadas a la 'Salud Sexual y Reproductiva', y control de bebés y embarazadas. También funcionan servicios de asesoría para gestionar planes sociales y diversas 'ayudas' (caja de alimentos, chapas, materiales) y un dispositivo de Salud Mental (donde diversos profesionales se reúnen para discutir estrategias y abordajes de pacientes que atraviesan diferentes situaciones subjetivas, de violencia y/o adicciones). Asimismo, cuentan con espacios de trabajo donde se realizan distintas actividades y charlas grupales. Estos espacios van variando a lo largo del tiempo; durante el período en que se realizaron las entrevistas se estaban desarrollando el 'taller de obesidad' y el 'taller de dibujo'.

³¹ Basada en la estrategia de APS (Atención Primaria de la Salud), la Red de Salud de la Secretaría de Salud Pública está conformada por tres niveles de atención: el primer nivel se constituye en el espacio de mayor resolutivez y está compuesto por los Centros de Salud municipales y algunas vecinales; el segundo nivel de atención está constituido por tres hospitales municipales, un servicio de internación domiciliaria pediátrica y de adultos, dos maternidades, un Instituto de Rehabilitación y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario; y el tercer nivel cuenta con dos hospitales de alta complejidad y con mayor tecnología. Esta red se completa con la distribución gratuita de medicamentos y con el servicio de ambulancias para traslados y emergencias (SIES).

En los apartados anteriores se han esbozado muchas de las características fundamentales del barrio y de su gente, por lo que seguidamente se presentan algunos aspectos relevantes que permiten profundizar en el conocimiento de las particularidades de este espacio y de quienes lo habitan.

Respecto a los límites de este sector de Tablada cabe mencionar que la calle Necochea es una vía de tránsito rápida y constituye la primera calle que está ‘abierta’ y que conecta al ‘Sur’ con el ‘centro’. Marca el inicio de la actividad comercial que se desarrolla más al Oeste, hacia la Avda. San Martín³².

La Avda. Belgrano, también llamada ‘Circunvalación’ por los pobladores (debido a la velocidad del tránsito y a que ésta se convierte en el Acceso Sur de la Avda. Circunvalación) bordea a Tablada. De un lado están las barrancas sobre las que se encaraman algunas de las viviendas más humildes del barrio (Figuras 11 y 12), y del otro lado, el puerto y el río Paraná.



Figura 11. *Viviendas sobre las barrancas adyacentes a la Avda. Belgrano*

³² Entre la calle Necochea y la Avda. San Martín, eje estructurador que concentra al comercio minorista y mayorista, se encuentran numerosos locales de depósitos y almacenajes, muchos de ellos abandonados.



Figura 12. *Viviendas bajo las barrancas adyacentes a la Avda. Belgrano*

A excepción del Bv. 27 de Febrero y debido a la altura de las barrancas, ninguna de las calles que corren transversalmente por este sector tiene acceso a la Avda. Belgrano.

“Esta parte del barrio está aislada del mundo... El rancherío desordenado sobre la barranca, de genterío pobre... El Pasaje [Santafesino] que nunca se terminó, aperturas de calle que no se pudieron concretar... (...) las calles muertas que no salen para ninguna parte (...) Estás cerca pero a la vez lejos de todo... para entrar o salir tenés que hacer de vueltas... pero de vueltas... por calles de tierra, con barro cuando llueve... y a veces sin luz... Tierra de nadie termina siendo”
[Referente barrial].

El Bv. 27 de Febrero entre la calle Necochea y la Avda. Belgrano no tiene ninguna otra vía de vinculación 'Sur/centro', son calles 'cerradas' o 'ciegas'. Esta situación ha quedado determinada por el trazado de las vías del Ferrocarril General Manuel Belgrano, que corren en forma paralela y al Sur del mismo, conformando una profunda hondonada antes de ingresar a la Avda. Belgrano. La única excepción la constituye un pequeño y zigzagueante pasaje que en forma de puente atraviesa el Parque Italia llegando únicamente hasta uno de los bordes del Bv. 27 de Febrero, pero que no cuenta con acceso directo al 'centro' (Figura 13).



Figura 13. *Hondonada que configura el trazado de las vías del tren. La primera imagen ilustra el puente que atraviesa Parque Italia.*

La calle J. de Garay desemboca en los viejos edificios abandonados de la curtiembre, las barracas y el conventillo (Figura 14), en cuyas adyacencias se encuentra el Frigorífico La Tropa, luego Mattievich, que actualmente no está en funcionamiento (Figura 15).

A excepción de la calle Necochea, en el área seleccionada la actividad comercial es mínima, sólo se encuentran pequeños almacenes de abastos, talleres mecánicos y lavaderos de autos.



Figura 14. *Las barracas y el conventillo*



Figura 15. *Frigorífico La Tropa, luego Mattievich*

Se entremezclan así, barriadas humildes salpicadas por antiguos edificios en desuso; talleres, bodegones y conventillos abandonados. También permanecen como remanentes de las ‘épocas doradas’ las enormes fábricas cerradas y los galpones vacíos o en el mejor de los casos subutilizados.

El ‘rancherío pobre’, las ‘casitas bien’, los frentistas, los que viven en pasillos, los que están enfrente o atrás de las vías, los que viven arriba o debajo de las

barrancas, configuran un entramado diverso y complejo, espacios de una riqueza vívida donde el trabajo etnográfico puede desplegar su mirada (Figuras 16 a 23).



Figura 16. *Sitio que dio origen al nombre ‘Tablada’ en la actualidad*



Figura 17. *Galpones vacíos o subutilizados en las inmediaciones de las vías del Ferrocarril General Manuel Belgrano*



Figuras 18-19-20. *Postales del sector Noreste del barrio Tablada*



Figuras 21-22-23. Casas típicas del sector Noreste del barrio Tablada: 1) Cubierta con tablas de madera; 2) Armada con chapones lisos y con chapas acanaladas en forma vertical; y 3) Forrada con latas de kerosene y tambores de 200 litros

El sector Noreste de Tablada no escapa de la particularidad de ser considerado un 'barrio mezclita'. Sus pobladores se identifican y se diferencian a través de diversos sistemas de clasificación yuxtapuestos que operan oponiéndolos o acercándolos de acuerdo a las circunstancias y momentos.

En esta área, en la que residen unas 5.511 personas³³ (que representan el 12,62% de la población total del barrio), confluyen sectores de clase media, de clase media empobrecida y pobres.

De los relatos recuperados se desprende que si bien algunos -los menos- se encuentran empleados o son cuentapropistas, la mayoría están desocupados o subocupados, desenvolviéndose en el sector informal de la economía, en changas y en actividades de cirujeo. Entre los pobladores de menores recursos se registró una diferenciación de acuerdo al estatus en que invisten a la actividad/'changa' que realizan: changarin/temporario³⁴ (en la construcción, en el puerto, en el mercado); chatarrero, cartonero, ciruja (con carro-caballo, con carro, en bici, de a pie); cuida coches, lava vidrios.

Se encontró también otra diferenciación de acuerdo al reconocimiento de la legalidad/ilegalidad de las 'changas' (específicamente entre los varones), en algunos casos empleando calificativos como 'honesto', 'sano', 'bueno', 'tranquilo', para remarcar que se *"la rebusca sin robar a nadie"*, *"no vendo (drogas)"*, *"no se junta"*, *"no sale"*. Sin embargo, en los casos en que la actividad se enmarcaba en la 'ilegalidad', si se reconocía esa circunstancia se aclaraba que se desarrollaba 'fuera del barrio', definiéndose como una persona 'con código'; en oposición a *"los rateritos del barrio que no tienen código"*, léase que *"roban al vecino, al que tienen enfrente y al lado... hasta a la madre le roban"*.

Entre las mujeres -muchas de las cuales se autorreferenciaban como 'jefa de hogar' o 'cabeza de familia'- la distinción que más se encontró era entre 'amas de casa', 'domésticas' y 'cartoneras'. La mayoría salía a 'cartonear' en compañía

³³ En el Anexo se incluyen algunas referencias sociodemográficas y económicas fundamentales que aportan a la temática de la presente investigación. Los datos fueron extraídos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 por el Observatorio Social Rosario (2012), y corresponden a 6 radios censales localizados entre: Bv. 27 de Febrero (N), calle J. de Garay (S), Avda. Belgrano (E) y calle Necochea (O).

³⁴ Los 'llaman' para trabajos puntuales y de corta duración (de 1 día hasta 15 días).

de sus hijos más pequeños para que les ayuden o porque no tenían con quién dejarlos.

La permanencia de familias en el barrio a través de las distintas generaciones se palpa en cómo se han ido modificando, ampliando y ubicando las viviendas. También en la costumbre de reunirse a tomar mate en las veredas y debajo de la sombra de los árboles luego de la hora de la siesta.

Los procesos migratorios³⁵ (internos³⁶ y externos³⁷) son constantes en este barrio. La búsqueda de 'oportunidades', de trabajo, de una vivienda mejor o más amplia, los conflictos entre vecinos o con la ley penal, las violencias, inciden en este proceso, reconfigurando o desintegrando a los grupos familiares. Se producen desplazamientos estacionales particularmente intensos desde mediados de Diciembre hasta fines de Febrero. Las fiestas³⁸ y el receso escolar estival impulsan el encuentro/residencia prolongado con la familia extensa.

Algunos de los 'problemas'³⁹ con los que lidian de forma cotidiana los pobladores de este sector de Tablada y que aparecen expresados con recurrencia durante las entrevistas son la falta de agua potable, los basurales, las ratas, el anegamiento y encharcamiento de aguas servidas cuando llueve. A esta enumeración suele seguirle en algunas ocasiones una diatriba que tiende a culpabilizar al Estado de la 'falta de inversión' o de que 'no se ocupan', acompañado de expresiones que notan un 'Estado ausente', que 'se olvida', que 'abandona a la buena de Dios'.

“Acá se olvidaron de nosotros... hay un Estado prácticamente ausente, quedamos a la buena de Dios (...) El camión [de recolección de la basura] pasa cuando quiere, si no quiere no pasa... Es más -y esto que te cuento salió en la televisión... no es ocurrencia mía- venían a tirarnos la basura acá, de noche venían... una locura! Nosotros [grupo de

³⁵ Interesa detenerse en este fenómeno ya que la presencia del mosquito *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad del dengue, ha sido relacionada con la movilidad interna y externa de personas y de productos.

³⁶ Hacia otros barrios ubicados dentro de la ciudad de Rosario y hacia otras localidades de la Provincia de Santa Fe; así como también a Chaco, Formosa y Corrientes.

³⁷ Hacia países limítrofes, fundamentalmente Bolivia y Paraguay.

³⁸ Navidad-Año Nuevo. También se registra esta dinámica en Semana Santa.

³⁹ Interesa detenerse en estos 'problemas' en función de la temática abordada en este trabajo.

vecinos] *juntamos firmas e hicimos una denuncia (...) porque ahí se había armado un basural enorme que atraía todo tipo de bicherío y las pestes... ratas de todos los colores y tamaños aparecían de día y de noche. Y además, porque no se sabía bien qué estaban tirando... había muy mal olor... como un olor raro, así que no se sabía bien si en realidad era un producto peligroso o no lo que tiraban (...) Denunciamos que venía el camión de una empresa privada a tirar la basura en la placita de los chicos, en ese rinconcito que lo hicimos a pulmón, sin ayuda de ningún tipo [del Estado] (...) En ese pedacito que ahora está la placita... Ese espacio verde se conquistó a fuerza de mucho trabajo, de todo un trabajo conjunto que nos dimos. Bueno ahora no se alcanza a ver bien por todo el yuyerío que tapa, no? Hay un par de juegos que están rotos y tendrían que repararse también... Se llamó a Parques y Paseos pero no hubo respuesta, que no hay presupuesto para eso... que hay que esperar... (...) ese es otro tema que no es menor, que no pasan a desmalezar y si pasan, o tienen la máquina rota o les pasa cualquier cosa que se van... dicen que vuelven mañana y no vuelven... vuelven en una semana, en dos y así... Entonces bueno, se recuperó ese espacio pero tampoco los chicos pueden ir si está así, no es un tema menor (...) No se supo en ese momento quién era [la empresa privada que arrojaba los residuos], no se supo nunca o nunca se investigó, no sé... la denuncia está, sigue...” [Referente barrial].*

“Todos los volquetes colapsados... alrededor también tiene lleno de basura porque como el camión no está pasando, eh... y se sigue tirando... hay una cantidad para sacar con pala ya... Lo que suele pasar es que alguno [vecino] termine con el calvario de olor y rata y prenda fuego todo...” [Vecino].

“Si caen tres gotas, no digo un diluvio, tres gotas nomás... toooooo este sector se inunda, rebalsa de aguas servidas que te llega a la puerta de tu casa (...) tanto olor a podredumbre y deja mugre, que queda (...) así hasta que seca y mientras tanto... lo sufrís, con las criaturas pensando en qué se pueden agarrar (...) Este es un problema que se arrastra de

tiempo, porque el municipio no dio la plata al final y no hizo la mejora que venía prometiendo (...) viene a raíz de la zanja que se rebalsa, colapsa, que además tiran de todo ahí (...) del otro lado el mismo problema, ahí también antes había zanja pero ya no, igual ahí no aguanta nada, está mal hecho y se inunda de nada” [Vecina].

Con referencia a los problemas vinculados con la ‘falta de agua potable’, de los relatos y observaciones se desprende que la mayoría de los vecinos juntan el agua en bidones, tachos o tanques debido a la inexistencia o deficiencia (baja presión) en la provisión de agua de red en esa zona.

“En esta parte todo el mundo junta agua porque viene sin presión, eh... sale de a gotitas. De día viene sin presión, a la tardecita, a la noche ya no hay agua directamente (...) Yo me levanto temprano y a veces logro llenarlo hasta arriba [tiene un tanque grande de plástico] lo pongo a cargar de noche, lo dejo con una manguera a la noche, antes de acostarme” [Vecina].

En los terrenos fiscales adyacentes a la barranca y a las vías del tren, los pobladores se abastecen de agua potable a través de conexiones clandestinas a la de red. Estas conexiones son muy variables desde las muy precarias hasta las más consolidadas, en relación al tiempo de permanencia en la vivienda, a los conocimientos propios para instalarla, o bien, a los recursos económicos que se cuentan tanto para los materiales, como para contratar a un tercero idóneo en el tema que se ocupe de hacerla.

Las ‘mangueras’ proliferan en ese sector, proveyendo de ‘agua potable’ a un sinnúmero de familias. Sin embargo, la precariedad que revisten las conexiones ocasiona que el agua llegue ‘turbia/contaminada’ por aguas servidas, como menciona la agente sanitario del Centro de Salud a propósito de la charla que sostuvo con una vecina durante sus recorridos:

“la otra vez se quejaba que el agua venía mala. No viene mala le digo, es que tenés mal hecha la conexión. Porque es de público conocimiento que te dicen: ‘No... pero si yo tengo agua de red’. Sí, está bien, te llega

el agua de red pero porque vos pinchaste un caño o hiciste una conexión digamos clandestina y la tenés en tu casa; pero no pagas el servicio, entonces no podés reclamar. Yo no le dije en ese momento... pero ese olor, eh... la turbiedad que me dijo es porque vaya a saber cómo hizo esa conexión, por ahí pasan las cloacas y quién te dice qué están tomando realmente... Con qué agua bañan a los chiquitos... Seguro que está contaminada esa agua, que es agua servida... porque ya te digo que no es de red, por lo menos no directamente” [Agente Sanitario].

En la zona comprendida desde lo alto de la barranca hasta casi llegar a la Avda. Belgrano/‘Circunvalación’ las conexiones son aún más precarias, es decir, se establecen conexiones de manguera a manguera, se busca el agua en alguna canilla común e incluso se traslada en baldes o bidones. Como señala la trabajadora social del Centro de Salud:

“En el manejo del agua vale todo, vale todo. Es un recurso vital del que no es posible prescindir y se obtiene como se puede... se puentean conexiones, se trae de caños, a veces varios vecinos comparten una manguera... La mayoría de las conexiones son ilegales pero bueno, otra cosa en muchos casos no se puede hacer. Lo único que importa es tener agua” [Trabajadora social].

El manejo del agua y su acumulación reviste particular interés en este trabajo, por lo que en los próximos capítulos se abordan aspectos y situaciones relacionados con el mismo que posibilitan comprender determinadas facetas del problema en estudio. Además, se retoman y profundizan algunos de los tópicos aquí esbozados, fundamentalmente en lo referente a aquellos modos de vida que fueron interpelados por el sector salud durante las intervenciones preventivas que desarrollaron en el barrio, en función de la adopción de una serie de medidas consideradas indispensables para contener el avance de la enfermedad del dengue.

CAPÍTULO 5.

¿QUÉ ES DENGUE? LOS SABERES BIOMÉDICOS Y LAS DEFINICIONES TÉCNICO-OPERATIVAS SOBRE LA ENFERMEDAD



Dengue / Ka dinga pepo = Expresión de origen swahili que significa *'enfermedad súbita causada por malos espíritus'*

Aêdês = Palabra de origen griego que significa *'odioso'*

CAPÍTULO 5. ¿QUÉ ES DENGUE? LOS SABERES BIOMÉDICOS Y LAS DEFINICIONES TÉCNICO-OPERATIVAS SOBRE LA ENFERMEDAD

“Al dengue se lo conoce como la enfermedad rompehuesos... quebrantahuesos, por el gran dolor que produce”¹ [Enfermera].

“La fiebre rompehuesos... así le dicen coloquialmente al dengue, por los síntomas de mialgias y artralgias que provoca esta enfermedad” [Médico].

En este apartado se exploran el conjunto de significados y sentidos que se desprenden de la pregunta “¿Qué es *dengue*?”. Ese interrogante que explota de forma espontánea de boca de los propios profesionales de la salud durante el transcurso de las entrevistas, les posibilita explicar -y explicarse- los saberes que portan y que construyeron de esa enfermedad a partir de la epidemia que se registró en Tablada en el año 2009.

Adentrarse en esa matriz de significaciones, muchas veces compartidas, implicó para estos profesionales de la salud la necesidad de recordar momentos y experiencias elaboradas en relación a la temática, las cuales se presentan seguidamente siguiendo los ejes argumentativos centrales que se

¹ Estas formas de referenciar la enfermedad se relacionan con las modalidades de describirla en otros países Latinoamericanos y del Caribe, donde al ‘dengue clásico’ popularmente se lo conoce como la ‘fiebre rompehuesos/quebrantahuesos’ (Seijo, 2001). Sin embargo, esta acepción -originalmente ‘*break bone fever*’- fue acuñada por Benjamin Rush durante la epidemia que se produjo en Filadelfia en el año 1789 (Pérgola, 2012).

desprendieron de los relatos. De esta manera, la primera parte de este capítulo se refiere al 'redescubrimiento' del dengue como enfermedad, abordando los aspectos centrales que a nivel técnico-operativo mencionaron los actores de salud (Sección 5.1. *“La ‘clínica del dengue’ en Tablada... de usos, desusos y olvidos”*). Seguidamente se introducen aspectos significativos en torno a las vivencias y percepciones que tuvo el sector salud sobre el brote epidémico (Sección 5.2. *“El saber biomédico interpelado: El problema del origen”*).

En este punto, cabe destacar que resulta fundamental recuperar los diversos sentidos y significados atribuidos al dengue y a la epidemia, ya que habilitan la comprensión y profundización de algunos de los procesos interpretativos que han venido operando entre los actores del sector salud en la construcción de esta enfermedad y en el diseño de las intervenciones que se destinaron a contener y/o limitar su avance en el año 2011. Procesos que involucraron la redefinición de los saberes académicos-científicos y la readecuación de formas de abordar la enfermedad durante las acciones preventivas.

Muchas de las acepciones y enunciados que se mencionan, se registraron en el equipo del Centro de Salud N° 6 “Eva Perón”, pero también entre los diversos profesionales de la salud que durante el año 2011 participaron de las actividades preventivas en el sector Noreste de Tablada y que pertenecen tanto al Centro de Salud “Luis Pasteur”, como a otras áreas y dependencias de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario.

5.1. La ‘clínica del dengue’ en Tablada... de usos, desusos y olvidos

*“¿Qué es dengue? Y... lo que tengo claro ahora es que es un virus, que acá lo transmite el mosquito *Aedes aegypti* (...) Este mosquito, una vez infectado.... pica a una persona y le transmite el virus... y así se arma la cadena de transmisión” [Enfermero].*

El dengue² se presentó como una enfermedad ‘nueva’ para la mayoría de los actores del sector salud que trabajaban en el barrio Tablada; aunque gran parte de los médicos, enfermeros y -en menor medida- de los otros profesionales de las ciencias biomédicas tenían conocimiento de su existencia o ‘habían oído hablar’ vagamente del mismo.

*“Si bien el dengue es una enfermedad reemergente, para todos fue nueva... acá fue algo nuevo... Ahora sé lo que es dengue, porque hubo dengue... que es un Arbovirus, o sea, una enfermedad causada por un virus que se transmite por mosquitos de una especie en particular. La transmisión a nivel local es por el *Aedes aegypti*, pero también hay otras especies de *Aedes* que causan la viremia dando vueltas, hasta ahora en Rosario no se detectó ninguna de las otras (...) En general, eh... en el mundo el dengue tiene cuatro variantes circulantes, que serían cuatro serotipos distintos, no? O sea, te podés enfermar hasta cuatro veces de dengue (...) Todas las variantes son potencialmente dañinas, pudiendo ocasionar desde erupciones en todo el cuerpo, lo que son las famosas*

² El dengue es una enfermedad infecciosa aguda causada por un virus que se transmite de persona a persona a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, vector principal en América. El virus del dengue pertenece a la familia Flaviviridae, género Flavivirus y existen cuatro serotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 y DEN-4. La inmunidad es serotipo-específica, por lo que la infección con un serotipo determinado confiere inmunidad permanente contra el mismo y sólo transitoriamente contra los otros; pudiéndose contraer la enfermedad hasta cuatro veces (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

petequias, eh... hasta manifestaciones hemorrágicas, acompañado todo siempre de mucha fiebre... y sobretodo de mucho dolor...” [Médico].

La mayoría de los actores de salud asociaban al dengue a contextos lejanos, al ‘trópico’ y a las ‘tierras calientes’. Así, en un primer momento señalaron que el dengue se desplegó como un ‘saber teórico’ aprehendido en la instancia formativa universitaria, como un bagaje incierto en sus formas y mecanismos, como una serie de definiciones técnico-operativas que nunca habían encontrado su anclaje en la práctica concreta. De esta manera, la enfermedad apareció como ‘lo impensado’, ‘lo ignoto’, ‘lo olvidado’ o lo velado a la memoria por el paso de los años; generando ciertos ‘temores’ e ‘incertidumbres’ ante el hecho de tener que encontrarse en la situación de reconocerla/diagnosticarla y correlativamente de tratarla/controlarla. Por ello, los médicos y enfermeros rememoran que junto a los primeros casos de dengue que se confirmaron en Tablada durante la epidemia del año 2009, se registró la necesidad de ‘volver al libro’, de volver a rememorar esa instancia formativa prístina en la que se agolpaban una multitud de saberes que cuando no integraban el campo habitual de la práctica pasaban al olvido.

Menéndez (1994) advierte acerca del carácter hegemónico que cumple el sistema académico y/o científico en la forma de definir y explicar las enfermedades y los padecimientos. Sistema que se funda en procesos económico-políticos y técnico-científicos específicos que modelan las representaciones biomédicas, permeando las prácticas que sostiene el sector salud. De esta manera, en esta ‘vuelta al libro’ refirieron que:

“El dengue era lo impensado... era pensar una enfermedad tropical en el contexto urbano y para colmo local... Entonces no quedó otra que volver al libro, volver a revisar la historia natural de la enfermedad, cuáles son las manifestaciones clínicas, cómo tratar a los pacientes (...) porque si se daban casos... y encima se dieron y cómo se dieron... no? Uno tenía que estar preparado para poder diagnosticar rápido y tratar adecuadamente al paciente para evitar cualquier complicación” [Médica].

“Yo conocía el dengue de cuando estudié allá en el año [x] y después no volví a agarrar un libro de dengue, porque no había dengue. Era una enfermedad muy tropical, de otra zona, no era de acá, qué se yo... El otro día hablábamos con una amiga mía que estudiamos juntas y me dice: Vos te acordás (...) cuando nosotros dimos lo del dengue? Sí, le digo, me acuerdo eh... y después tuve que estudiar de nuevo porque te imaginas... del año [x]... y yo tuve que estudiar de nuevo, tuve que estudiar de nuevo con lo del rebrote (...) por ahí a lo que uno no conoce o a algo nuevo, porque muchos (...) lo interpretaban como que el dengue es una enfermedad nueva y en realidad el dengue existe de hace mucho, lo que pasa es que no existía en Argentina y en esta zona, era de zonas tropicales, de zonas por allá, de tierras más calientes... qué se yo? Este... y bueno, entonces eh... hubo mucho pánico, igual que con lo que pasó con la Gripe A, hubo mucho pánico al inicio (...) en realidad yo creo que es la conducta que tomamos todos los humanos ante algo desconocido” [Enfermera].

“Lo del dengue era algo nuevo para todos nosotros como... como agentes de salud... porque si bien lo conocíamos del libro, de lo que es la enfermedad en sí... pero estábamos asustados por el tema de que caía la gente toda enferma (...) esta fue la zona más afectada de Rosario” [Enfermero].

“había digamos el gran concepto de lo que era el dengue, cada uno más o menos sabía lo que era, que era producida por un vector y por este mosquito, nada más... O sea, después uno, cuando explota digamos los casos de dengue ahí uno se informa, inclusive se fue modificando el tratamiento, los cuidados, en el mismo momento... va se fue actualizando... cuando salieron también los libritos... Pero hasta ese momento uno tenía... el personal de salud sabía lo que era... nada más, pero como no habíamos tenido nunca un caso, a lo mejor eso uno lo trae desde la facultad, de algo leído... yo lo traía de la parte de epidemiología de la facultad (...) Yo pensaba al dengue en otra zona, no lo pensaba acá en Rosario, me entendés? Entonces, obviamente que si te viene una

persona, si no lo pensás, no lo asociás, o sea, hasta que tuvimos los casos confirmados, ahí uno empezó digamos como a ajustar la mirada y a pensar, y hacer un interrogatorio un poquitito más amplio para ir descartando la posibilidad de que tuviera dengue” [Médica].

En esta ‘vuelta al libro’, las médicas a cargo del diagnóstico, atención y seguimiento de los pacientes de Tablada refirieron que las manifestaciones clínicas que ellas observaron y registraron en la práctica cotidiana, no se correspondían con las definiciones técnico-operativas de la enfermedad. En este sentido, el bagaje conceptual de que disponían en los inicios de la epidemia de 2009 partía del reconocimiento de una serie de criterios en las formas clínicas en que se podía manifestar la infección por el virus del dengue.

“Lo que yo sabía... y era lo que encontrás en cualquier libro de medicina, mucho más detalle que ese te diría que no, que no lo tenía muy presente, porque no tenía la experiencia de esta enfermedad, de verla antes... Sabía esto de que el dengue es un síndrome febril agudo infeccioso, que tiene origen viral, o sea, lo transmiten los mosquitos Aedes aegypti (...) Tenés dos presentaciones clínicas de la enfermedad: la fiebre de dengue, que también le dicen dengue clásico y la fiebre hemorrágica por dengue (...) también el síndrome de choque por dengue que sería la forma más grave. Eso era lo que yo sabía... ahora vos me decís... y... y eso no era lo que veía en la clínica, no exactamente así” [Médica].

“Encontrás por el libro tres tipos o clases de dengue, lo que es la fiebre por dengue, que es la forma más leve de la enfermedad y después la forma más complicada que es la hemorrágica, que puede conducir a shock por dengue y que si no se detecta a tiempo puede llegar a ser fatal” [Enfermera].

Respecto a las manifestaciones clínicas señalaron que la primoinfección podía ser asintomática o bien sintomática. En su forma sintomática reconocían tres presentaciones de la enfermedad: el ‘dengue clásico’, el ‘dengue hemorrágico’ y el ‘choque por dengue’. En su forma común, conocida como

‘dengue clásico’ o ‘fiebre del dengue’, generalmente tenía una evolución benigna, transcurriendo sin consecuencias y se caracterizaba por un cuadro febril agudo acompañado por dos o más de los siguientes síntomas: cefalea, erupciones cutáneas, manifestaciones hemorrágicas leves y dolor retroorbitario, muscular o articular. El ‘dengue hemorrágico’ o la ‘fiebre hemorrágica del dengue’ comprendía los síntomas del ‘dengue clásico’ a los que se le sumaban manifestaciones hemorrágicas, aumento de la permeabilidad vascular y trombocitopenia. Mientras que el ‘choque por dengue’ o el ‘síndrome de shock por dengue’ incluía el cuadro de ‘dengue hemorrágico’ aunado a la evidencia de falla circulatoria, choque hipovolémico, que se manifestaba a través de los siguientes signos de alarma: pulso débil y acelerado, disminución de la presión del pulso, hipotensión, inquietud, piel fría y húmeda. El tratamiento del ‘dengue hemorrágico’ y del ‘choque por dengue’ requería la internación del paciente (Palmieri y Seijo, 2001 y Ministerio de Salud de la Nación, 2009a).

Es en el marco de la práctica clínica que las médicas del Centro de Salud “Eva Perón” descubrieron la ‘inadecuación del libro’ y la necesidad de componer nuevas formas de clasificar/definir los casos y los criterios de internación, atención ambulatoria y seguimiento de los pacientes. A este respecto, plantearon que:

“Lo que uno tuvo es una nueva experiencia con el dengue en la práctica clínica (...) en el momento en que nosotros tuvimos el dengue (...) en el dengue hubo un cambio científico, o sea, de criterios eh... que era lo que yo veía, que no coincidía con lo que la Organización Mundial de la Salud y todos decían en ese momento... y eso después que pasó lo de la epidemia se cambió (...) porque en el dengue vos tenías el dengue clásico y el dengue hemorrágico. Y en todo lo que yo veía tenía hemorrágico, o sea, todos los pacientes que veía los teníamos que diagnosticar como dengue hemorrágico, aunque no hayan tenido hemorrágico, si seguíamos los criterios que veíamos (...) Pero con el criterio anterior (...) entraban todos, porque todos tenían hemoconcentración, o sea, tenían los criterios clínicos y de laboratorio para que entren en ese grupo (...) Con los parámetros de laboratorio, vos le hacés el laboratorio y te producían una hemoconcentración, como

que si estuvieran realmente con un dengue hemorrágico... pero sin hemorragias, me entendés? Lo que sí muchos tenían petequias... o sea, tenían síntomas, pero no tenían una hemorragia evidente, masiva (...) Después se cambió eso... y se cambió justo después... después de la epidemia que hubo acá en el barrio..." [Médica].

"Durante la epidemia o hacia al final... no recuerdo bien, se estaba produciendo todo un cambio, que después se hizo... pero era el cambio de dengue clásico y dengue hemorrágico... pero era un hemorrágico así tan drástico eh... que yo veía que no era así, me daba cuenta, o sea, de esto no es así como lo que dicen porque si no todos entrarían en el otro... La Organización Mundial de la Salud se estaba decidiendo... En el librito nuevo ya está, ya está... no sé si la Organización Mundial de la Salud se pronunció o no sobre esto... o sea, si se decidió sobre este cambio, pero en el librito y en la fichita nueva ya están... Yo lo que creo que con los pacientes que se trabajó más sobre esto... [en la primera clasificación de la OMS] se trabajó con los datos de laboratorio de todos los pacientes 'internados' y estos son pacientes que no llegaron a internación, la mayoría... [los del Centro de Salud] Entonces está válido para decir bueno, no, fijate cómo es... o sea, aquel es el grave, el que llegó a internarse (...) estos no... y están todos estos diagnósticos que no se tenían en cuenta..." [Médica].

De los relatos se desprende que, de la 'experiencia de enfermedad' -del padecimiento vivenciado por otro/'vecino'- se produce entre los profesionales y demás actores del sector salud un proceso de construcción intersubjetiva de significados, de cuestionamiento y de reinterpretación de saberes acerca de lo que es el dengue que interpela al 'conocimiento académico-científico' establecido, pero sin apartarse de la lógica inmanente al modelo biomédico hegemónico (*sensu* Menéndez, 1984).

Básicamente, lo que la 'clínica del dengue' en Tablada ponía al descubierto era la inadecuación de las principales formas de clasificación y de los criterios de definición de casos provistos por la OMS/OPS y que sustentaban los materiales bibliográficos de consulta. Este cuestionamiento que emergió a nivel

local desde la práctica concreta que desarrollaron las médicas con los pacientes de Tablada, irrumpió en un proceso que se estaba generando a escala global de cambios en la manera de concebir a la enfermedad.

La expresión más nítida de este pasaje quedó plasmada en la *“Guía para el equipo de salud Nº 2. Enfermedades infecciosas - Dengue”*, elaborada por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. La primera de estas Guías, con fecha de impresión en Febrero de 2009, arribó al Centro de Salud a mediados de Abril, en plena epidemia local de dengue.

Esta guía, que pasó a ser referenciada por el sector salud como ‘el librito’³, compendia las formas asintomática y sintomática (en sus tres presentaciones: ‘dengue clásico’, ‘dengue hemorrágico’ y ‘choque por dengue’) que se desarrollaron anteriormente (Ministerio de Salud de la Nación, 2009a).

Una segunda versión de ‘el librito’ se imprimió con el mismo título en Agosto de 2009. En la misma se mencionaba que durante las últimas tres décadas, la OMS reconoció y recomendó la clasificación del dengue en ‘fiebre del dengue’ y ‘fiebre hemorrágica por dengue con o sin choque por dengue’. Sin embargo, comentaban que numerosos estudios científicos cuestionaban la utilidad de esa clasificación, *“por considerarla rígida, demasiado dependiente de los resultados de laboratorio, no inclusiva de enfermos con dengue con otras formas de gravedad, tales como la encefalitis, miocarditis o hepatitis grave, e inútil para el manejo clínico de los enfermos (...) hasta el 40% de los casos no podían ser categorizados mediante la actual clasificación”* (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b: 11).

En este marco, la OMS auspició un estudio internacional denominado ‘DENCO’ (Dengue Control) cuyo propósito central era arribar a una manera adecuada de clasificar la enfermedad e identificar los signos de alarma útiles para mejorar el manejo de los casos de dengue. Este estudio permitió arribar a una clasificación binaria de la enfermedad, a saber: ‘dengue con o sin signos de alarma’ y ‘dengue grave’ (escape severo de fluidos, hemorragia severa y daño severo de órgano/s). Se reconoció que la infección por dengue podía ser clínicamente inaparente o podía ocasionar una enfermedad de variada

³ Esta forma de referenciar la *“Guía para el equipo de salud Nº 2. Enfermedades infecciosas - Dengue”* se registró entre los diversos actores del sector salud que participaron de las actividades preventivas en el sector Noreste del barrio Tablada.

intensidad. En última instancia, se trataba de una enfermedad sistémica y muy dinámica, en la que en pocas horas un paciente podía pasar de un cuadro leve a un cuadro grave (Ministerio de Salud de la Nación, 2009b).

Con referencia a los cambios que se introdujeron en la nueva versión de 'el librito', las médicas del Centro de Salud señalaron que:

“Esta forma de clasificar la enfermedad se condice más con la realidad, con lo que uno observa en la clínica (...) ya te digo que con lo que yo me encontraba entraban todos, o sea, todos los pacientes que veía tenían criterios para hemorrágico... aunque no estuvieran hemorrágicos”
[Médica].

Sin embargo, las médicas mencionaron que estas modificaciones en los criterios 'oficiales' fueron conocidas por ellas con posterioridad a la epidemia de dengue en Tablada. Señalando que en ese momento tampoco contaban con un protocolo de atención de los pacientes:

“Donde más se notó la falta es en el protocolo de atención del paciente. A vos te tienen que dar una guía para saber cómo actuar, dónde actuar, a quién internar, a dónde mandarlos, en qué momento derivar un paciente (...) El librito fue ya después en un segundo paso (...) El librito estuvo... pero no fue al inicio... o sea fue todo como junto, viste? (...) no es que nos dimos tampoco charlas antes de que pasara todo lo del dengue, ni que estaba el librito y uno venía más o menos preparado... no, no, no... Todo eso aparece a la par del desarrollo de la epidemia, cuando estaba todo que ardía, cuando uno ya tenía más de sesenta pacientes cursando la enfermedad... Después de esto aparece el librito... que tampoco es un protocolo, o sea, no está el protocolo hecho, todavía no existe...” [Médica].

“Lo que pasa es que realmente no hubo un... o sea, uno lo llevó [al trabajo], pero no hubo un protocolo previo de manejo de estos pacientes... Vos tenés que tener un protocolo regional (...) Después se

hizo ahí, cuando vino gente, como siempre pasa, no? Pero se improvisó...” [Médica].

Además, los integrantes de los equipos de salud, y particularmente las médicas y los enfermeros, expresaron que no les fue posible asistir a ninguna de las capacitaciones y talleres sobre dengue organizados por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, ya que los mismos se desarrollaban en otras dependencias⁴, distantes a sus lugares de trabajo y en forma simultánea a la emergencia del brote epidémico, por lo que ellos se encontraban realizando tareas de diagnóstico, atención y seguimiento de los pacientes. Refirieron que tampoco concurren a las reuniones formativas que se realizaron con posterioridad a la epidemia, por considerarlas ‘demasiado básicas’ y porque el trabajo concreto les había posibilitado adquirir la suficiente experiencia como para cuestionar algunos aspectos que se presentaban en las mismas.

“Nosotros ya estamos fogueados con lo del dengue, no necesitamos ir a ninguna charla... o sea, esas son demasiado básicas, para el que no tuvo la experiencia de lo que es el dengue” [Médica].

“Cuando arrancaron a hacer los cursos de dengue, o estábamos en plena epidemia a dos manos atendiendo gente... o después ya la habíamos pasado... no tenía mucho sentido... nosotros ya habíamos ‘visto’ a los pacientes (...) cosas que se decían ahí ya uno no, no, no estaba diríamos totalmente de acuerdo... porque ya uno había ‘visto’ a los pacientes y pensaba distinto... porque la patología ya la ves distinta” [Médica].

“Yo no estuve en ninguna capacitación. Yo te digo, para mí... o sea, yo en realidad no fui porque bueno, para capacitaciones... no estaba. [Se ríe.] En el sentido, digo, con todo el trabajo de aquí que bueno, como

⁴ Particularmente mencionaron conocer las capacitaciones y talleres que se estaban realizando en el ‘CEMAR’ (Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario) y en el ‘Distrito Sur’ (Centro Municipal Distrito Sur ‘Rosa Ziperovich’).

que ya había participado, o sea que más o menos el manejo lo sabía y era para mí... ir a capacitarme 'yo' como personal de salud... inclusive creo que nadie acá del Centro de Salud fue (...) Era una capacitación bastante básica..." [Enfermera].

Las médicas también rememoraron que ante la 'inadecuación del libro', la imposibilidad de asistir a talleres y capacitaciones, y la ausencia de experiencias de trabajo previas con la enfermedad del dengue, se enfrentaron a la necesidad de 'hacerse el ojo' en la práctica clínica.

"había ciertas características clínicas que vos decías esto es dengue (...) Fiebre alta, las conjuntivas muy inyectadas, viste? Muchos, muchos una piel transpirada... Los ojos bien rojos, la cara bien roja... eso era muy característico (...) Muchos se llegó a la conclusión de que era dengue, que era un dengue y en otros no, en otros eran anginas, otras cosas, pero sí, sí... era notorio esto, eh... al principio no... los primeros días no, pero después cuando empezamos a ver, ya decíamos esta sí, aquella no... Por la clínica ya nos dábamos cuenta; por ejemplo, esta es más bien una angina, esto es una neumonía... esto es un dengue. O sea, al principio teníamos la idea básica, lo básico... que está en el libro; o sea, fuimos conociendo los síntomas a través de la experiencia y dándonos cuenta de que... ya casi acertábamos en el diagnóstico diciendo esto es dengue, esto no..." [Médica].

Referenciaron que el proceso de formación en la acción concreta de atención les permitió detectar algunas dificultades en el reconocimiento de la enfermedad, y específicamente en el diagnóstico de dengue. Respecto a lo que denominaron como *"los problemas de la clínica del dengue"* mencionaron que hubo casos de 'diagnósticos dobles' y de 'diagnósticos equivocados' que se realizaron de forma previa a la llegada de los pacientes al Centro de Salud, entre los que detallaron diversas afecciones que en realidad constituían manifestaciones que podían acompañar al dengue.

“Nadie sabía nada... o sea, de dengue nadie sabía nada en la práctica... Vos en la clínica podés saber un montón en la teoría y en la práctica no sabés nada, es así... Se da en el dengue como en cualquier otra enfermedad. El problema está en después cómo hacés los diagnósticos... Muchos vinieron con diagnósticos equivocados (...) En el dengue te dicen bueno, vos tenés que hacer un diagnóstico diferencial de fiebre hemorrágica... de todo lo que sea con trastorno de la coagulación... y en definitiva eso en los casos graves, pero en lo simple que uno ve, que no es tan simple, en lo diario, no... puede ser como una angina... una estreptocócica, con una infección urinaria... Hubo pacientes que estuvieron internados con diarrea... Nosotros tuvimos la posibilidad de hacerles el diagnóstico a pacientes que ya estuvieron internados con otro diagnóstico y vinieron... y eran dengue” [Médica].

“Los doble diagnósticos, los diagnósticos equivocados que hubo... el diagnóstico previo o posterior que se hizo otro diagnóstico que no era dengue... y después era dengue... Esos son los problemas de la clínica del dengue, porque vos podés tener una persona muy febril con dolores, pero no es tan grave como te parece que es la clínica del dengue... y se le hace otro diagnóstico, una angina... estreptococia, una escarlatina... o una diarrea o una infección urinaria (...) porque de los diagnósticos presuntivos, o sea, cuando vos hacés el diagnóstico que podés ver si... como compararlos, ves todas las hemorrágicas, pero eso sería en el paciente que tiene hemorragia, pero en el que ‘no’ son todas estas otras cosas que son más banales y que se te pasan por alto” [Médica].

“les hacían otros diagnósticos sobreagregados al dengue, como por ejemplo infección urinaria... porque te da hematuria... y entonces decían que tenían infección urinaria y era solamente el dengue (...) Acá nosotros hemos diagnosticado gente que nos parecía que era una angina... y tenían dengue... o sea, por ahí el dengue te da las características de una angina. Empiezan con dolor de garganta, a vos te parece que es una angina (...) y le diste un antibiótico, le aparece un rash y vos decís sí, el rash es porque le dio una alergia el antibiótico y

no... ese rash es del dengue. Pero eso no está escrito en ningún lado, eh? Eso no está escrito en ningún lado, porque eso lo vimos nosotros acá, no está escrito en ningún lado...” [Médica].

En este marco notaban las complejidades inherentes al reconocimiento de los casos de dengue ‘simples’ en relación a los ‘graves’, en los que se producen manifestaciones hemorrágicas. Refirieron que los ‘dolores’, la ‘fiebre’, la ‘hinchazón’, el ‘enrojecimiento’ y el ‘sangrado’ constituyeron algunos de los signos y síntomas característicos del ‘cuadro típico’ de dengue que ellas registraron en la práctica clínica durante la epidemia.

“los síntomas más comunes que tenían... el malestar general, la fiebre que no les bajaba (...) Tenían mucha fiebre unos cuantos días, la mayoría tenía fiebre entre tres o cuatro días, unos cuatro días más o menos (...) y mucho dolor (...) estaban destruidos... estaban destruidos... mal, mal, mal (...) un montón de gente acá que estaban... estaban con fiebre, dolores articulares, en los ojos... sangrados... una persona tenía sangrado incluso... Sí, una persona tenía sangrado de nariz. Sí, porque te hacen hemorragias (...) y depende cómo te agarre orgánicamente, eh... se te puede agravar... o no (...) si no es diagnosticado y tratado a tiempo se complica y se complica mal...” [Médica].

“Como algunos les pasó como nada... hay otros que sí, que si tuvieron dengue se acuerdan... que estuvieron realmente destruidos, totalmente destruidos (...) amoratados, con moretones (...) la gente muy agotada, la cara hinchada... dolorida, con mucha fiebre que no se le podía bajar (...) El laboratorio clásico del dengue, o sea, las plaquetas bajas y los blancos bajos (...) Los que mandamos a internar tenían las plaquetas muy bajas... Tenían edemas... me parece que tenían muchos edemas en las manos y no soportaban el dolor de las manos...” [Médica].

Expresaron que el momento de realizar el diagnóstico era clave para evitar las complicaciones en el cuadro de dengue. Sin embargo, relataron que muchos

de los mismos se realizaron con posterioridad al cursado de la enfermedad debido a que inicialmente “no se pensó que podía ser dengue” y que esta situación había quedado plasmada en las fichas epidemiológicas.

“ya había casos antes... pero aún no se sabía que era dengue (...) tengo registrado que los informes empiezan el 16 de Abril [del año 2009]. Imaginate que a esa altura ya estaba lleno de casos acá, pero ahí empezamos a notificar [emitir las fichas epidemiológicas]. Todos los días se presentaban casos nuevos y esto fue... te digo, del 16 de Abril hasta mediados de Mayo. El 14 de Mayo me figura como el último que notifiqué, igual habría que verlo más detenidamente a esto... porque ya te digo que la notificación corresponde al momento en que vos detectas y diagnosticas la enfermedad y a veces eso fue después... o sea, el paciente con dengue te llegó después e incluso cuando ya no estaba cursando la enfermedad, no? (...) Claro, por ahí todos los pacientes que había al comienzo, te figura después en el informe, entonces vos no tenés la fecha exacta (...) ya te digo que no se pensó que podía ser dengue” [Médica clínica].

Con referencia a esto cabe mencionar que el dengue constituye una enfermedad de notificación obligatoria, por lo que las médicas del Centro de Salud mencionaron que se encargaron de completar diariamente las ‘fichas’⁵, ‘el informe’ o ‘el parte’ de los casos que detectaban y a medida que lo iban haciendo, ya que como se señaló anteriormente:

“te caía después el paciente... que hacía 15 días o más que eh... se había sentido mal, con fiebre, que había ido al Hospital [x] y que le habían

⁵ El modelo de ficha de notificación epidemiológica utilizado por las médicas se adjunta en el Anexo. Las fichas epidemiológicas se hacían por duplicado, una se archivaba en el Centro de Salud ‘provincial’ y la otra se emitía a Epidemiología Zona Sur. Resultó significativo que se empleara una ficha específica, llamada “Ficha Epidemiológica de Dengue”, que fue elaborada por el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe; y que no se usara el modelo de ficha más difundido, llamado “Ficha de Investigación de Casos de Síndrome Febril”, cuya aplicación fue dispuesta por el Ministerio de Salud de la Nación, siendo también el modelo adoptado por la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario (se adjunta en el Anexo un modelo de esta ficha).

dicho que era angina... o que era qué se yo (...) le pedía el laboratorio, y no era angina... Era dengue! Era dengue! (...) la fecha que registras eh... notificas, es posterior... y esa es la que figura en el parte eh... que va a epidemiología [de la Provincia] (...) pero ya te digo que a veces el paciente con dengue te llegó después, me entendés? (...) por eso yo decía...que lleguen antes acá [al Centro de Salud] que a la guardia... porque pasan estas cosas” [Médica].

En base al reconocimiento de los “*los diagnósticos equivocados que hubo*”, donde “*el paciente con dengue te llegó después*”, o incluso, “*no consultó de nuevo. Se quedó con ese diagnóstico previo (...) que quizás no era así y que era un dengue*”; aunado a la observación de que algunos pacientes con dengue tuvieron manifestaciones muy leves o aún cuasi inexistentes, les llevó a expresar su preocupación en torno al subregistro de casos de dengue en relación a un posible rebrote epidémico.

“Pueden haber habido muchos más casos de dengue de los que están notificados... Hubo gente que no hizo tanto síntoma... entonces no se atendió o no vino al Centro (...) hubo pacientes que nosotros le sacamos el laboratorio de dengue, que no tenían casi criterio de dengue... un rash sin fiebre ni nada, que nunca pensarías en un dengue sin fiebre... y le dio dengue (...) El problema ahora es que si viene otra vez dengue, a nosotros no nos va a pasar nada no haya otra cepa [serotipo], si cae otra cepa distinta va a haber dengue... va a haber dengue hemorrágico... ese es el problema” [Médica].

También hicieron referencia a otro tipo de subregistro de casos de dengue, que relacionaron muy estrechamente a la ‘metodología epidemiológica’ empleada y a la influencia que ésta ejerció sobre las percepciones que tuvieron los pacientes acerca de su enfermedad.

Señalaron que en un primer momento, al paciente ‘sospechado’ de tener dengue se le realizaba el diagnóstico por clínica y por laboratorio. Este último consistía en dos tipos de análisis: “*un laboratorio clínico general y un laboratorio*

específico de serología para la detección de dengue". A este respecto, comentaban:

"Lo que pasa es que hay dos clases de laboratorio, vos tenés el laboratorio para descartar o no dengue y después el laboratorio de rutina del paciente que necesitás para la parte clínica, para evaluar cómo sigue, para ver las plaquetas si están muy bajas... porque si tiene muy bajas, tiene riesgo de sangrar... Primero vos le sacás y hacés los anticuerpos para el dengue y hacés un laboratorio de rutina, un hemograma y plaquetas, y ese dependiendo de cómo te dé a lo mejor lo tenés que hacer todos los días..." [Médica].

Sin embargo, a medida que los casos iban en aumento y que se constató *"que era la misma cepa la que estaba dando vuelta"* se adoptó una 'metodología epidemiológica' que consistió en realizarle el 'laboratorio específico': *"a una de cada diez personas que teníamos como sintomático febril"*.

"Después no se hizo más [el laboratorio específico de serología para la detección de dengue] (...) El resto de los enfermos se sacaban por la clínica... o sea, se hacía por nexos epidemiológico, en donde no se les pide más allá de las inmunoglobulinas para pensar que es dengue. Pero todos esos otros pacientes, nosotros tenemos todos los otros laboratorios [laboratorio clínico general]" [Médica].

Frente a la adopción de esta metodología los integrantes del equipo del Centro de Salud expresaron distintas opiniones. Algunos mencionaron que se debió a una *"cuestión de recursos"*, *"de ahorro de recursos (...) porque ya no tenía sentido hacerlo tan extensivamente, estaba recontra confirmado"*, o bien, a la *"escasez de recursos económicos y humanos"*, comentando que los laboratorios 'no daban abasto/estaban colapsados':

"Pero no sé alguna cosa hubo con el laboratorio, no sé si colapsó o qué... porque primero la llevaban [a las muestras de sangre] al [nombre del laboratorio]... pero ahí no recuerdo bien qué pasó, creo que colapsó o

no dio abasto... porque imaginate el cúmulo que tenían... y eh... entonces se implementó llevarla al [nombre de otro laboratorio]... ahí también creo que algo pasó, porque ya no se hizo más después [el laboratorio específico de serología para la detección de dengue] (...) se siguió haciendo pero a uno de cada diez solamente” [Médica].

Otros refirieron que se trataba de una “*decisión política de manejo de la información*”:

“Vos sabés que manejar la información es poder y si vos decís: Yo tengo cinco casos confirmados de dengue, el resto no están confirmados serológicamente de dengue. No te están mintiendo, te están diciendo la verdad... Lo que vos no estás diciendo es que no los estudiaste y que los estás estudiando por una teoría epidemiológica de nexos epidemiológicos. Vos no fundamentas el por qué de tu discurso (...) vos simplemente estás diciendo una verdad sobre los datos que vas recolectando, que los ves como los querés ver” [Enfermero].

Sin embargo, la mayoría del equipo acordaba en que se trataba de “*una metodología epidemiológica que tiene todo su fundamento*” y que estaba “*estipulado este método de trabajo durante los brotes*”; sosteniendo que ‘no era necesaria la confirmación por la serología específica de dengue, ya que tenían la repetición del caso’:

“dentro de los discursos de la epidemiología, vos tenés que el factor de exposición que vos podés llegar a tener eh... No es necesario, si tenés diez casos iguales hacerles el mismo laboratorio a los diez, porque tenés los diez que son iguales que con uno lo confirmas... bárbaro. Tenés otros diez exactamente iguales, hacés uno y confirmás, eso es el nexo epidemiológico (...) no necesitás duplicar la cantidad o eh... llevarte a diez laboratorios, para tener los diez mismos resultados (...) porque si yo tengo, por ejemplo, una eritrosedimentación, la velocidad de eritrosedimentación te marca con qué velocidad se destruyen los glóbulos rojos y es un indicador de infección. Sí? Si yo lo tengo con el

cuadro y la clínica febril, con las petequias, signos de hemorragia interna, más el laboratorio que me confirma proceso de infección acelerado, yo no necesito la serología para decir que tengo un caso confirmado. Pero de cada diez que se hacían ese diez me daba positivo, o sea, y vos empezás a hacer comparaciones, ya no por analogía sino por comparación lógica, vos tenés: este es igual a este, es igual a este. La misma presentación, las mismas características, los mismos daños en piel, el mismo cuadro clínico, la misma evolución, la misma respuesta al tratamiento farmacológico, los mismos valores de laboratorio a nivel de diferenciación de valores normales a respuestas en este momento, en 24, 48 y a las 72 horas de evolución del caso. No precisábamos la serología, teníamos la repetición del caso” [Enfermero].

Pero lo cierto es que notaron que la adopción de esta metodología influyó en la percepción que tenían los pacientes acerca de su enfermedad. A este respecto, remarcaron que al no disponer de los ‘laboratorios específicos de serología para la detección de dengue’, no contaban con la ‘absoluta certeza’ de si el paciente tenía o no dengue, por lo que se les transmitió que ‘posiblemente fuera dengue’.

“vos al paciente le decías que era un posible dengue... que posiblemente fuera dengue lo que tenía (...) claro, porque por clínica su cuadro es compatible con el dengue (...) o sea, quedaban como sospechosos de tener dengue (...) Pero no podías decirle que era dengue porque no tenías la serología que confirmara, no? Lo decís desde lo que vos ves en la clínica... porque la clínica es igual, la presentación es igual, la sintomatología es igual” [Médica].

Más allá de que “el dato numérico que trascendió es menor, es mucho menor de los casos que hubo”, existiendo un importante subregistro de casos de dengue: “Los números eran totalmente diferentes y son exponenciales a diez de los casos reales que tuvimos de dengue”; el problema más grave que notó el equipo es que “mucha gente no piensa que tuvo dengue... se quedó con eh... a lo mejor tuve dengue... no sé... A veces -te digo- que ni con eso se quedó... lo

que es peor... mucho peor... o sea, ni registran lo del dengue". Así, expresaron que la falta de claridad en el diagnóstico tuvo implicancias significativas en el modo en que el paciente interpretó su padecimiento. Sobre estas implicancias, que algunos refirieron como 'lógicas', mientras otros señalaron que eran 'inesperadas', o bien, 'impensadas', la mayoría refirió que: *"no es, no creo que se haya ocultado a propósito, adrede, un diagnóstico... no lo piensan, no se piensa..."*. En este sentido, subrayaron que la situación se tornaría compleja en caso de un rebrote de dengue en el futuro de 'otra cepa diferente', ya que: *"sí [el paciente] 'no piensa' que tuvo dengue no se cuida, no se cuida (...) y si tenés un rebrote, te hacen un hemorrágico"*.

"porque hoy lo puedo controlar respecto a las complicaciones que pueda llegar a tener, pero mañana, yo sé que voy a dengue hemorrágico... que si la teoría cubana dice que no hay dos tipos de dengue, que es una fase avanzada del shock hemorrágico, de la deshidratación avanzada que tiene la persona, te la voy a entender como explicación científica cubana. Pero las complicaciones históricas de dengue acá y en todos los lugares ha sido: primer caso con una serología, cuando se complica o se contagia con cualquiera de los otros tres tipos de serología automáticamente provoca un shock hemorrágico y la persona se muere en un shock hemorrágico. Con lo cual no es la complicación del mismo, no bárbaro... yo dengue 'A' puedo tenerlo veinte veces, pero si tengo dengue 'A' y dengue 'C' leve, voy a hemorrágico seguro. Entonces, ahí es el mayor problema..." [Enfermero].

5.2. El saber biomédico interpelado: El problema del origen

“La cosa acá es saber cuál fue el primer caso, quién dice que... que es dengue, antes de que aparezca el dengue” [Médico].

Indagar acerca de los sentidos y significados que los profesionales de la salud construyeron en torno al dengue implicó una vuelta al pasado reciente, una instancia de rememoración y valoración de las experiencias y sucesos que los atravesaron durante el brote epidémico del año 2009.

Las primeras imágenes que perduran de los albores de la epidemia de dengue evocan una sala de espera colmada de pacientes que aguardaban ser atendidos con síntomas de gripe, de resfrío y de angina. Algunos de ellos ya habían acudido previamente a las guardias de hospitales y a otros efectores de salud, donde habían sido diagnosticados, atendidos y medicados, pero continuaban sintiéndose ‘mal’, ‘peor’ o habían ‘desmejorado’; mientras otros estaban realizando su primera consulta en la ‘salita’ o ‘dispensario’ del barrio. Estaba finalizando el mes de Marzo cuando el equipo del Centro de Salud ‘provincial’ comenzó a percibir que *“algo no estaba bien”*, o que *“estaba pasando algo, pero no sabíamos qué era...”*.

“Al principio no se sabía que era dengue... o sea, parecía ser un estado gripal y todo lo demás... como eso, como un estado gripal...” [Agente sanitario].

“Uno por ahí pensaba que se estaba frente a una enfermedad estacional, de esas que se dan masivamente todos los años...” [Enfermera].

“Como que inicialmente teníamos un gran desconcierto... Qué podría ser? Nos preguntábamos. Pero no lo sabíamos aún, ‘algo’ era como que seguro... por la cantidad de pacientes que había, pero no imaginábamos aun lo que podría ser...” [Trabajadora social].

Este reconocimiento de que *“no había una idea clara de lo que estaba pasando”* se produjo en un marco donde la mayoría del equipo del Centro comenzó a anoticiarse de la epidemia de dengue que se estaba desarrollando en la localidad de Hersilia, ubicada en el centro-Norte de la provincia de Santa Fe, donde se habían detectado más de 400 personas enfermas. Además, mencionaron disponer de ‘cierta información’ sobre los casos de dengue que se estaban detectando aisladamente en algunos sectores de la ciudad de Rosario, y fundamentalmente refirieron la situación que se estaba produciendo en el barrio conocido como ‘Cabín 9’ de la adyacente localidad de Pérez.

Convinieron en que tanto las noticias que les llegaron desde la coordinación central del Nodo Salud Rosario, como las que trascendieron por los medios de comunicación locales, inicialmente no les generaron ninguna ‘alarma’, todos los años se registraban algunos casos de dengue durante el período cálido y ese año, el 2009, no era la excepción.

En las charlas de pasillo o en el espacio de la cocina circunstancialmente mencionaban el tema constituyendo parte del anecdotario cotidiano. A este respecto expresaron que:

“todos los casos que se notificaban estaban lejos, casi saliendo de Rosario... en Pérez había casos (...) creo en otros barrios de la ciudad habían detectado casos, pero así aislados (...) pero como que, eh... para nosotros el dengue no representaba una amenaza diríamos... próxima, que pudieras esperar que llegara acá... o, eh... que ya estuviera en el barrio diríamos” [Enfermero].

“Era difícil de imaginar que acá podía haber dengue... va, se sabía que estaba la enfermedad, todos los años hay uno o dos casos de personas que se enferman, pero que estuvieron afuera, no? Venían de afuera, no eran casos locales (...) Era difícil de imaginar que se diera un brote local y de esta magnitud...” [Médica].

Entre las conjeturas que tejían sobre los acontecimientos que se desenvolvían ‘afuera/lejos/en otros barrios de la ciudad/en el Norte argentino’,

en ningún momento vislumbraron la posibilidad de que se produjeran casos de dengue en el Distrito Sur de Rosario, ni que ellos tuvieran que hacer frente a una epidemia en el barrio: *“uno no estaba en alerta”, “no estábamos preparados”, “no lo esperábamos”*.

“Es que no se sabía nada... apenas habían llegado los casos, eh... bueno, fiebre muy alta... los signos y síntomas que después se fueron descubriendo (...) tenían dolores articulares y en los ojos, detrás de los ojos, terrible, muy dolorosos estaban (...) Llegan en esas condiciones... exactamente. Este... y como no se sabía... se los controlaba, digamos la presión arterial, eh... el pulso, eh... a nivel si estaban bien hidratados, y bueno, no se sabía qué era lo que había que darles... o sea, paracetamol, ibuprofeno... Se empezaron a discutir entre los médicos a ver... qué podría ser... hasta que fueron pasando los días...”
[Enfermero].

La llegada masiva de los pacientes al Centro de Salud interpeló al equipo, quienes referenciaron que *“de un día a otro, todo cambió”*, cuando hacia mediados de Abril trascendió que un vecino de Tablada (que pertenecía al área de cobertura del Centro, pero que se atendió en un sanatorio privado por disponer de obra social) estaba enfermo de dengue. Así, a la situación de ‘desconcierto’ que manifestaba inicialmente el equipo le prosiguió, casi sin mediaciones temporales, el reconocimiento de que se estaban produciendo casos de dengue en el barrio.

“cayó un integrante de la comunidad por obra social internado en el [nombre del sanatorio privado]. Entonces, este caso, el privado lo denuncia y tenía todo confirmado al momento de, ya el diagnóstico, lo trabajó con la obra social por fuera, con el laboratorio propio. [Nombre del sanatorio privado] es un sanatorio correspondiente a los sindicatos, con lo cual no dependía de los servicios públicos, gestionaba y autogestionaba todo rápidamente. Se descubre este caso positivo acá, se lo notifica y (...) se lo trató de ubicar epidemiológicamente para la denuncia y la actuación en terreno. Ya nosotros entonces teníamos otros

casos, aunque no estaba claro hasta ese momento en que el [nombre del sanatorio privado] lo notifica, porque el sanatorio tiene la obligación de notificarlo... El dengue es enfermedad de notificación obligatoria (...) Entonces, cuando se confirma ese caso por obra social, acá salta todo... y se empieza a trabajar a nivel local. Ahí es cuando que se produce el clic... en un momento en que los casos febriles iban en aumento...” [Enfermero].

“hasta que finalmente se descubrió que era dengue lo que tenían... Bueno, se descubrió que... un reactivo que fue dengue, pero ya había quedado el tendal... ¿Cuántos enfermos había habido de esto antes? No lo sabemos... no lo sabemos (...) Claro, pero que no se sabía todavía antes de eso... Los que se salvaron, pobres... estuvieron mal, mal... mal, mal...” [Médica].

La epidemia de dengue en el sector Noreste de Tablada irrumpió de forma ‘masiva y explosiva’ como ‘lo no pensado’, ‘lo inesperado’:

“Vos no lo pensabas al dengue acá... no lo esperabas...” [Médica].

“Pero se dio todo muy de golpe... como que puf! Teníamos un cúmulo de gente, que caían así, uno tras otro... Terrible, terrible... algo de no creerse” [Médica].

“Cuando acá estalla, estallan todos juntos... acá en la zona sí, fue algo así como que surgió de golpe” [Agente sanitario].

“Teníamos un brote local intenso, con multitud de casos, lo cual hasta ese momento no lo pensábamos... había muchos casos, era algo masivo” [Enfermero].

“es en ese momento que explota todo, todos los casos... muchísimos, muchísimos casos (...) Era una epidemia masiva y explosiva...” [Enfermera].

El carácter 'masivo y explosivo' de la epidemia que se produjo en este sector también se plasmó en las constantes referencias respecto al número de enfermos de dengue, donde el equipo mencionó que el Centro de Salud tuvo la 'mayor cantidad de casos de dengue' (en términos comparativos con otros efectores sanitarios de la ciudad de Rosario), superando los setenta u ochenta pacientes.

“Tuvimos unos veinticinco casos [de dengue] positivos por laboratorio y más o menos llegaron a sesenta por nexo epidemiológico. Estos casos en esa primera instancia se atendieron y los estudios los hicimos acá [Centro de Salud] (...) hubo sí algunos pacientes que se internaron... unos ocho creo, más o menos” [Médica].

“La mayor cantidad de casos de enfermos de dengue estuvo acá. Teníamos a unos ochenta enfermos” [Médica].

“Yo creo que este fue uno de los únicos Centros que tuvo tantos pacientes con esto... Muchísimos, muchísimos pacientes con esto (...) Yo no me acuerdo bien, pero habrán sido más de setenta pacientes” [Psicóloga].

“La verdad es que la cantidad de casos que hubo acá eh... no sé el número exacto, pero me parece que la cantidad mayor de casos fue acá (...) pero fueron setenta y pico... Fueron muchos...” [Enfermero].

En este marco se descubrió a un equipo que, explorando sus memorias recientes y re-visitando anotaciones y cuadernos de trabajo, buscaba responderse las preguntas de: “¿Cuál fue el día exacto en que empezó la enfermedad acá?”, “¿Cuál habrá sido el primer caso que hubo en el barrio?” y “¿Por qué se dieron casos autóctonos en Tablada?”. Estas fueron preguntas que resonaron y que permanecieron abiertas, vertebrando entretenidos y acalorados debates al interior del equipo del Centro de Salud, donde con mucho entusiasmo se ensayaron y reelaboraron diversas respuestas e hipótesis plausibles; más allá

del reconocimiento de que era 'complicado/difícil', y hasta *"imposible dar con la respuesta cierta a todo lo que pasó"*. En torno a estos ejes señalaban que:

"no hubo un día que digamos, 'éste es'... 'éste es' el día en que se inició todo (...) ni tampoco, 'éste es'... 'éste es' el primer paciente con dengue... el paciente cero. No, no hubo..." [Enfermero].

"La cosa acá es saber cuál fue el primer caso, quién dice que... que es dengue, antes de que aparezca el dengue" [Médica].

Los interrogantes sobre el 'momento en que se inicia la epidemia' y 'el caso cero', aunado a un tercer punto estrechamente ligado a los anteriores y que fue referido como el 'problema del origen de la enfermedad en Tablada', es decir, del carácter autóctono y/o importado del dengue en el barrio, se abrieron como una genuina preocupación del equipo del Centro de Salud, intentando dar un marco, contener una experiencia y significarla.

Es interesante mencionar que estos ejes de debate surgieron en forma espontánea al interior del equipo, pero también entre otros actores del sector salud que participaron en las actividades de control y prevención de la epidemia en el barrio; por lo que se consideró fundamental explorar estos fenómenos tal como emergieron durante el trabajo de campo.

Algunos de los planteos centrales sobre los que se extendieron los actores institucionales se recuperan seguidamente:

"uno de los primeros... pero que no sabemos si fue realmente el primero fue un... un señor, un paciente que era enfermo cardíaco, estaba tomando miles de medicación, contrajo dengue pero no acá... lo contrajo cuando fue, eh... a Formosa, después volvió... o sea fue una duda bastante grande... no sabemos realmente cómo, cómo surgió todo esto, cómo empezó. No se sabe si fue un caso... que comenzó realmente acá, autóctono; o alguien vino, algún mosquito de acá lo pico... y bueno... no se sabe bien cómo fue... Bueno, el caso que este hombre fue uno de los primeros que estuvo enfermo, cardíaco encima... Se complicó por esa patología subyacente y... estuvo internado, eh... como un mes (...) no

era un hombre... viejo... Creo que tendría, a ver... Cuánto tendría? Sesenta y cuatro, más no... más o menos... Y bueno, se salvó del dengue... después le agarró otro ataque cardíaco y falleció... Pero ya el dengue lo dañó, lo dañó también, ayudó a... no murió de dengue, sí de la afección cardíaca que tenía de base, pero... eso colaboró como para que... era la gotita que rebalsó el vaso... O sea, es bravo el dengue... al poco tiempo murió..." [Enfermero].

"Mirá, vos sabés que acá pasó esto... el primer caso, eh... el caso índice comenzó acá en Convención, que es desde Virasoro hasta Rueda, sería. Ese caso es el que yo creo que fue primero, no? Ahí sería... donde vive la primer familia que fue eh... o sea, fueron los primeros que se... que después se supo que eran ellos los primeros... porque el chiquito estuvo internado y no sabían qué tenía... y después se supo que era dengue (...) cuando el chiquito cae internado que, que nosotros todavía no sabíamos que era dengue (...) un chiquito de años, de 4 años, 4-5 años. Cuando ese chiquito se enfermó lo primero que dicen: 'Bueno, fue una reacción, este... un virus, una bronquitis, un estado gripal...' Eh... como ellos ahí son familia crítica porque tienen un basural porque eh... son, tienen, viste? Juntan basura, juntan botellas, juntan chatarra, este... juntan de todo... Todo lo que se presumió primero fue que era una enfermedad por esas infecciones que hay en la casa, un foco infeccioso de algún bicho que le picó... o que pudo haber sido un estado de (...) algo de eso, claro, viste? Entonces al principio no se podía saber si era dengue o no (...) Después, mucho después se supo" [Agente sanitario].

"Uno cuando empieza a pensar cómo se fue dando lo del dengue, le viene a la cabeza la pregunta de cuál fue el primer caso, no? Cuál fue, no? Yo creo que el caso cero... el primero, se dio por Convención, no? Ahí tenés cuatro familias que pueden ser, que son cuatro familias que viven de siempre en el barrio, una en particular que vive en condiciones críticas, no? (...) son de acá, son todas de acá y que no se habían ido a ninguna parte, o sea... es un misterio cómo es que contraen el dengue, no? Porque entonces era algo autóctono... pero también estaban los que

venían, que habían viajado a algún lugar (...) Pero los primeros casos, los primeros... fueron autóctonos porque no habían viajado a ninguna parte, o sea, era gente del lugar” [Agente sanitario].

“Siempre está la pregunta del primer caso, quién fue el supuesto primer caso... A lo mejor [nombre del paciente] puede haber sido... o a lo mejor alguno de sus vecinos. Hubo como cuatro familias afectadas primero, entre los primeros que hubo con dengue... pero que no se supo ahí... después se supo que era dengue... o sea, que también puede haber otros más... También gente que no se atendió... o sea, que no llegó al Centro” [Médica].

“Estaba el rumor de que los primeros casos fueron por un grupo de paraguayos que viven acá y que trajeron el dengue... Podía ser por los paraguayos que van y vienen, van y vienen... Pero es complicado... no se sabe bien. Acá hay varios grupos que van y vienen... Tenés los paraguayos por acá... por acá, por allá... paraguayos, peruanos, hay un par de bolivianos también, este... que también está la duda por ahí... no se sabe bien... También tenemos una colombiana que vive por la calle Necochea...” [Médica].

“la mayoría de los casos se dio ahí, en estas manzanas... y te explico por qué, porque se comentaba que eran un grupo de trabajadores, de albañiles, que habían venido del Paraguay, paraguayos (...) que vivían ahí, vivían en esas manzanas. Habían ido a Paraguay, se ve que para las vacaciones y esas cosas... y algunos vinieron con síntomas, febriles... eso es lo que se comentó. A nosotros no nos consta (...) se comentaba que estos trabajadores, albañiles, vivían y trabajaban por acá y algunos habían tenido síntomas, vivían por acá... y que habían ido al Paraguay, qué se yo... Bueno, y ahí fue, eso es lo que se comentó, o sea, a mí personalmente no me consta hasta ahora” [Enfermera].

“Hay como dos grandes ideas de por qué se inició el dengue en Tablada. Por un lado vos tenés un grupo importante de paraguayos viviendo acá,

o sea, se pensó que era porque por ahí habían viajado a Paraguay para visitar a los familiares y... y se habían traído al dengue en la mochila, esa es una. La otra que hay, es que había en ese momento muchas obras en construcción en esa zona y se pensaba que algunos de los trabajadores podían ser paraguayos... aparentemente era un grupo y algunos de ellos habían estado con síntomas, se les había pasado... y estaban trabajando en el barrio” [Promotor de salud].

“si uno analiza un poquito el por qué de que se haya producido un foco de dengue autóctono en la zona y... lo más probable es que se haya producido por todo lo que son las características eh... del marco local, no? Por la vera del río, el puerto, el trabajo con portuarios, silos, camiones que van y que vienen, el costado del acceso sur, la vía y todo lo demás, o sea, toda esa parte tiene mucho, mucho movimiento (...) y que ese movimiento tuviera la traída de mosquitos infectados y el contagio rápidamente de dengue a nivel local” [Enfermero].

En torno a los ejes ‘caso cero/caso índice’-‘origen/autoctonía’ se delineaba una búsqueda permanente de explicaciones plausibles y de asignación de causalidades que pudieran darle sentido y contener una experiencia que abruptamente se instaló en el cotidiano.

Tiempo y espacio aparecieron como dimensiones centrales para poder aprehender-comprender un fenómeno que se presentó como ‘inédito’ en la historia del barrio, pero fundamentalmente en lo que constituían las vivencias y bagajes previos de que disponían los actores del sector salud respecto de la propia enfermedad. En este sentido, sus relatos evidenciaban una profunda y espontánea necesidad de ‘referenciar la enfermedad’, de componer las coordenadas temporo-espaciales en que se desarrolló la epidemia, para lo cual se encadenaban e imbricaban una profusión de hechos y sucesos institucionales y barriales, que se alternaban y yuxtaponían a los más diversos atravesamientos personales y familiares. Además, tanto en las entrevistas, como en las conversaciones informales y en los encuentros ocasionales que se producían afuera y adentro del Centro de Salud “Eva Perón”, la mayoría de los

actores del sector salud recurrieron a planos, notas y cuadernos de trabajo⁶ para puntualizar y describir los eventos que consideraron más significativos.

Siendo que en el sector Noreste de Tablada se registró el primer caso autóctono de dengue de la ciudad de Rosario⁷, los planteamientos en torno al 'problema del origen', condensaban y contenían, tanto aislada como complementariamente, inferencias acerca de la 'autoctonía' de la enfermedad en el barrio, y/o bien, a su carácter 'importado'. A este respecto, los relatos aludieron centralmente a los procesos migratorios externos e internos, a los tipos de actividad que se desarrollaban en el barrio (zona portuaria y de ferrocarriles) y a determinadas características socio-económicas de su población ('familias críticas'). De esta manera, deslizaron que los primeros casos de dengue se habrían producido por los movimientos migratorios desde el Norte argentino (Chaco, Formosa, Corrientes, Norte de Santa Fe) o desde los países limítrofes (principalmente Paraguay y secundariamente Bolivia); mencionando que la búsqueda de trabajo, o bien, las vacaciones y las visitas familiares durante el receso escolar estival, habrían sido determinantes de estos procesos. Además, señalaron la migración interna o los desplazamientos urbanos por trabajo o visitas familiares como probable 'origen' del problema. Aquí nuevamente, aunque no de forma exclusiva ni excluyente, se encontraba reforzada la idea del 'grupo paraguayo' como dispersor del vector y/o del virus. Sin embargo, no se registraba una asociación nítida con un sector/barrio concreto de la ciudad de donde procederían; en este punto, se mencionaba muy escasamente al barrio Cabín 9 como lugar de irradiación del vector y/o del virus.

Asimismo, plantearon que la presencia del vector *Aedes* infectado en el sector Noreste del barrio se derivaría de su proximidad a la zona portuaria, donde se realizan actividades que implican la movilización de productos (y de

⁶ Cabe mencionar que para algunos actores del sector salud no disponer de estos 'insumos' durante las entrevistas se configuró como un obstáculo inicial para poder evocar la experiencia; por lo que se recurrió a una diversificación deliberada hacia temas secundarios desde donde fue posible volver hacia los aspectos centrales. Mientras que en algunos casos estos 'insumos' aparecían como altamente significativos para poder elaborar una 'experiencia contextualizada'; en otros casos se buscaba 'validar' la información, en el sentido de asegurar la 'veracidad' de los datos suministrados.

⁷ El Boletín Epidemiológico de la Secretaría de Salud Pública (Municipalidad de Rosario) informó que el primer caso autóctono se verificó en el barrio Tablada en la semana epidemiológica 14, con fecha de inicio de fiebre el 30 de Marzo (SiME, 2011).

mosquitos) a través de tres vías de transporte que lo atraviesan o lo rodean: el ferrocarril Belgrano, el río Paraná y la Avda. Belgrano.

La existencia de mosquitos infectados también fue relacionada con las condiciones y modo de vida de la población de este sector de Tablada y específicamente de las 'familias críticas', cuya referencia denotaba en este marco situaciones de pobreza estructural: 'vivir del cirujeo', 'vivir entre basura', acumular agua y objetos en el espacio doméstico.

El tema de la pobreza, la suciedad y 'la mugre' adquirió especial trascendencia en los relatos que refirieron a estas condiciones como explicaciones de la permanencia o persistencia de la enfermedad en el barrio.

“Una de las cuestiones que más pensamos acá [en el Centro de Salud] es la de que el dengue se había instalado acá por el tema de la pobreza, la gran cantidad de basura que encontrás acumulada por todos lados, esquinas, volquetes, casas, patios... la placita... que no es taaan placita que digamos porque es un juntadero de mugre... Basura y más basura, repleto de basura encontrás... en algunas zonas eso se da más fuerte (...) También es un problema en general de este barrio... Está como naturalizado, muy pero muy fuerte el tema de la basura (...) Sí, tenés casos que acumulan porque viven de eso, que cirujean, que intercambian y que se yo... pero tenés de los otros también... los que juntan por juntar... que yo creo ni siquiera se percatan de que viven en medio de la basura (...) o sea, todo eso, esas condiciones de vida hacen que se instale aquí el dengue, en este barrio” [Médico].

“El problema de la pobreza, de la suciedad... la mugre del basural que está por la bajada, o sea... son todos determinantes de que haya dengue acá, de que siga habiendo dengue acá (...) el tema del agua contaminada de la zanja por decirte... eh... de las familias críticas que están sobre la barranca, eh... un sinfín de situaciones que hacen que proliferen en estas partes los mosquitos del dengue... y que siga el dengue recirculando todos los años... o sea, no hay dengue masivo de casualidad... por milagro, que se yo... porque las condiciones de vida de la gente son las mismas que en el momento que se dio la epidemia, la

pobreza sigue estando, incluso peor que nunca esta...” [Promotor de salud].

Con un dejo de resignación, un enfermero lo sintetizaba así: *“Acá siempre estuvo todo lo contaminante, lo peligroso. Ahora nos toca esto...”*. Como si ese designio inicial de Tablada como área de lo ‘contaminante’, de lo ‘marginal’, hubiese conducido a ese destino inexorable de ser *“el barrio de Rosario más castigado por el dengue”*.

De esta manera, la irrupción del dengue, como epidemia emergente en contextos de pobreza urbana, puede pensarse en términos teóricos como ‘enfermedad-metáfora’ (*sensu* Sontag, 2005; Herzlich y Pierret, 1988), ‘categoría-síntesis’ (*sensu* Minayo, 2009), simbolizando de modo paradigmático los problemas y las relaciones entre población y servicios de salud, otorgándoles un contenido y un sentido propio. De este modo, el dengue opera como enfermedad ‘reveladora’ de una trama relacional heterogénea, atravesada por desigualdades socioeconómicas, políticas y culturales. A este respecto, Menéndez (2002: 311) advierte que las enfermedades *“pueden constituir metáforas de la sociedad a nivel genérico o pueden ser síntomas de determinadas condiciones culturales y/o económico-políticas que ocurren en un contexto específico”*⁸.

Sontag (2005) explora el uso que se hace de ciertas enfermedades como figuras o metáforas⁹, abordando las imágenes, creencias, fantasías o mitificaciones punitivas, moralistas o sentimentales que se estructuran en torno a las mismas. Señala que la ‘realidad’ de una enfermedad requiere y admite una explicación, en el sentido de que *“es un símbolo de, debe interpretarse como”* (Sontag, 2005: 59); notando que: *“Cualquier enfermedad importante cuyos*

⁸ Menéndez (1990b y 1994) indica que esta significación es fundamental para analizar algunas problemáticas en torno al proceso salud-enfermedad-atención y que la ‘moda’ reciente de considerar ‘metáforas’ a determinadas enfermedades (como el cáncer, el HIV o el alcoholismo) no debe ser trivializada, pese a la trivialidad de algunos análisis.

⁹ Sontag (2005) indaga sobre las metáforas que acompañan enfermedades como la peste, la lepra, el cólera, la sífilis, la tuberculosis, el cáncer y el sida. Realiza así un recorrido, que se remonta al siglo XVI hasta alcanzar la época actual, y que transita las diversas significaciones que han acompañado tanto a las epidemias, ‘calamidades sociales’, como a aquellas enfermedades, ‘supuestamente individuales’, que se han utilizado como ‘metáforas del mal’.

orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz tiende a hundirse en significados” (Sontag, 2005: 61). Más aún, el gran número de causas que se atribuye al origen de una enfermedad ‘misteriosa/extraña’, la configura como aquella que más posibilidades ofrece como metáfora de lo que se considera moral o socialmente nocivo; puntualizando que nada resulta tan poderoso como la ‘enfermedad-metáfora’ para evidenciar las representaciones sociales que acerca de determinada enfermedad construyen y sostienen tanto los profesionales de la salud, como los sujetos y grupos sociales.

A este respecto, interesa detenerse en el hecho de que el sector salud y sus organizaciones específicas instituyen determinados saberes y prácticas de prevención de la enfermedad del dengue que no son meramente técnicos, ni científicos, sino fundamentalmente políticos, sociales, culturales, profesionales/institucionales e ideológicos; es decir, *“instituyen una determinada manera de ‘pensar’ y actuar sobre la enfermedad”* (Menéndez, 1990b: 44). De este modo, la práctica y el saber biomédico no se circunscriben a los ámbitos propios de la atención-prevención de la enfermedad, ya sea a nivel individual y/o colectivo, sino que también instauran procesos de normalización y de control social e ideológico¹⁰ que pueden adquirir carácter dominante en determinadas circunstancias, como en el caso de los brotes/epidemias (Menéndez, 1990a y 1994). En este sentido, Sontag (2005: 46) señala que: *“Como cualquier situación extrema, las enfermedades temidas sacaban a relucir lo mejor y lo peor de la gente”*.

De todo lo anterior se desprende que las enfermedades configuran *“uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, que pueden ser referidos al proceso específico, o a otros procesos respecto de los cuales los padecimientos son expresión significativa”* (Menéndez, 2003: 71-72).

En este caso en particular, y frente a la permanente amenaza de una nueva epidemia, los actores del sector salud atribuyeron diversos sentidos y significados a la situación, muchos de los cuales operaron reforzando los

¹⁰ La enfermedad y los padecimientos han constituido áreas de control social e ideológico debido a la convergencia de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones colectivas negativas; el desarrollo de comportamientos que requieren ser estigmatizados y/o normalizados y la presencia de instituciones que se encargan de estas significaciones y controles colectivos en términos técnicos y socioideológicos (Menéndez, 1994).

mecanismos de exclusión históricos, subalternizando -una vez más- a los grupos marginales y oprimidos (*sensu* Gramsci, 2001). Más aún, tendieron a ‘culpabilizar’ a los sectores ‘más pobres’, a los grupos sociales empobrecidos y a las ‘familias críticas’, del origen y persistencia de la enfermedad en el barrio; a la vez que reforzaron los procesos de estigmatización que actuaban sobre los grupos ‘migrantes paraguayos/peruanos/bolivianos’ como dispersores del virus.

Pobreza y migración, y sus correspondientes corolarios: ‘pobres y migrantes’, se convirtieron así en lugares comunes desde donde estos profesionales y demás actores de salud entendieron y explicaron el fenómeno dengue. Es sobre estos grupos, que se pusieron en funcionamiento prácticas de vigilancia, de educación, de control y de corrección [sometimiento] (*sensu* Foucault, 2002), que se examinarán en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 6.

EL SANEAMIENTO DOMÉSTICO INTERPELADO. DEVELANDO PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN PREVENCIÓN DEL DENGUE



CAPÍTULO 6. EL SANEAMIENTO DOMÉSTICO INTERPELADO. DEVELANDO PRÁCTICAS BIOMÉDICAS EN PREVENCIÓN DEL DENGUE

“Pequeños ardidés dotados de un gran poder de difusión, acondicionamientos sutiles, de apariencia inocente, pero en extremo sospechosos, dispositivos que obedecen a inconfesables economías, o que persiguen coerciones sin grandeza (...) Describirlos implicará el estancarse en el detalle y la atención a las minucias: buscar bajo las menores figuras no un sentido, sino una precaución; situarlos no sólo en la solidaridad de un funcionamiento, sino en la coherencia de una táctica. Ardides, menos de la gran razón que trabaja hasta en su sueño y da sentido a lo insignificante, que de la atenta ‘malevolencia’ que todo lo aprovecha. La disciplina es una anatomía política del detalle” (Foucault, 2003: 142-143).

En este capítulo se exploran las prácticas territoriales en prevención del dengue que los equipos de salud desarrollaron en Tablada en el año 2011 a partir de la consideración de tres casos paradigmáticos, a saber: a) el taller de dengue, alacranes y roedores (Sección 6.1. *“Hablamos sobre Dengue, Alacranes y Roedores”*); b) el monitoreo del índice larvario de *Aedes aegypti* (Sección 6.2. *“En la casa de Alcides”*); y c) el control focal (Sección 6.3. *“Control Focal o el foco en el control”*).

Siguiendo un enfoque etnográfico, se describen las acciones, procedimientos y estrategias preventivas implementadas por los actores del sector salud, recuperando los relatos que sostuvieron acerca de la enfermedad y de las intervenciones.

Este apartado se propone recuperar detalladamente estas experiencias para lo cual se emplea como recurso la escritura en primera persona. En este marco, se describen también los procesos de interacción que se produjeron en el encuentro entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales durante el devenir de las actividades que se realizaron en el barrio.

6.1. Hablamos sobre Dengue, Alacranes y Roedores

Era una mañana de verano particularmente fresca y el equipo de salud a cargo del desarrollo de las actividades esperaba que ese fuera un buen incentivo para que hubiera una gran concurrencia. El taller, planificado y llevado adelante por integrantes de Epidemiología y de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud Pública (Municipalidad de Rosario), había sido promocionado con suficiente antelación desde los Centros de Salud Municipales más próximos al Parque del Mercado: ‘Rubén Naranjo’ y ‘Luis Pasteur’, algunos de cuyos integrantes se habían comprometido a acompañar la jornada. Sin embargo, hacia la hora de inicio, establecida a las 9 am, aún no se habían hecho presentes ninguno de los profesionales de salud invitados, ni tampoco los vecinos que habían sido convocados a participar desde las instituciones.

“La gente del barrio no se levanta temprano” aclaró uno de los promotores de la salud, y siguió: *“Tenés sí el grupo de las mamás, que tienen el tema de llevar a la escuela a los chicos... y ahora a la colonia, que son las que están arriba desde temprano... el resto difícil que vengan a esta hora”*.

Una de las médicas se aproxima inquieta por comenzar y dice: *“¿Vamos a buscar a la gente que ande dando vueltas por el predio así arrancamos?”* El promotor asiente y se dirige hacia un grupito de tres mujeres que estaban sentadas en una mesa próxima conversando y tomando mate y las invita a aproximarse. La médica entonces me comenta: *“Vas a ver que cuando logremos un grupito más o menos así de vecinos [señalando un conjunto de mesas/bancos] se va enganchando el resto que pasa”*.

De a poco se fueron sumando grupos de entre dos y tres mujeres, hasta que llegaron a ser más de una veintena, algunas acompañadas por sus niños. Se

acomodaron en los bancos frente a las sólidas mesas de cemento recientemente pintadas de verde y mientras conversaban desplegaron mates y bizcochitos. El murmullo de los niños que llegaban para realizar las actividades de la colonia de vacaciones continuaba incrementándose hasta convertirse en un verdadero bullicio, opacando las voces del resto y obligándoles al mismo tiempo a subir el tono de voz para compartir los más diversos relatos de la vida cotidiana.

Me ubiqué en una de las mesas perimetrales desde donde podía convertirme en 'espectadora/partícipe' de toda la escena, mientras el promotor terminaba de pegar un improvisado cartel con la leyenda "Hablamos sobre... Dengue, Alacranes y Roedores" (Figura 24) y arrancaba a viva voz presentándose mientras a continuación hacía lo propio el resto del equipo.

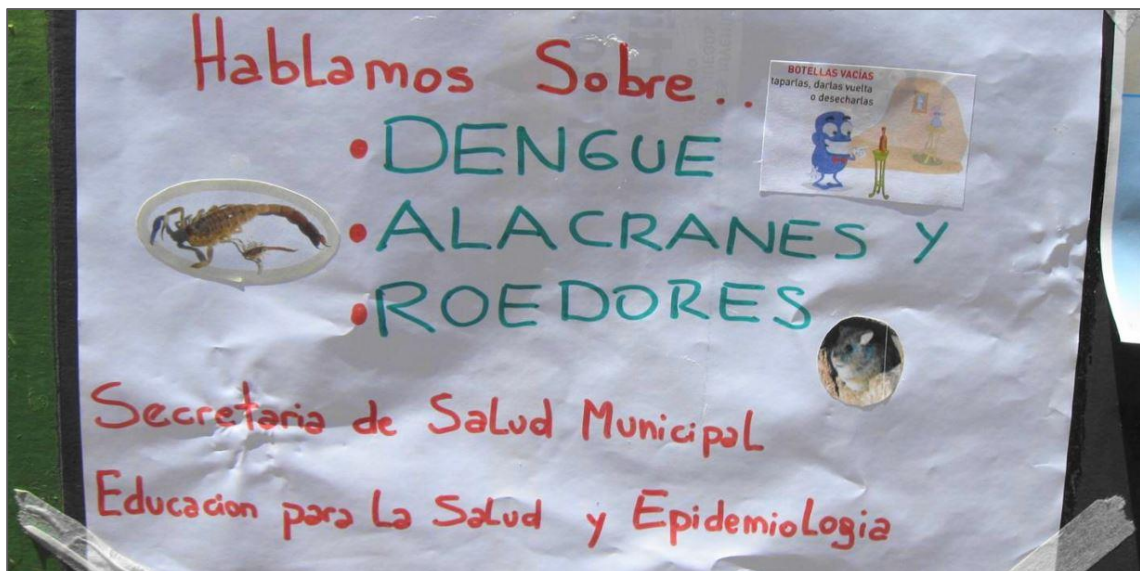


Figura 24. Lámina informativa que acompañó el desarrollo del taller

La señora que tenía al lado me preguntó si leía en el cartel de qué se trataba la charla ya que no lo alcanzaba a ver, por lo que le enumeré los tópicos centrales que figuraban en el mismo. Permaneció inexpresiva pero me agradeció la información y le comentó a la de al lado.

Casi al mismo tiempo el promotor lanzó: "Buena chicas, ¿qué podemos decir del dengue? ¿Qué es el dengue?"

Algunas respondieron que era un mosquito, otras señalaron que era una enfermedad, mientras un buen número de ellas permanecieron silenciosas y expectantes. En el intersticio en que trataban de ponerse de acuerdo levantando

las manos, el estadístico comenzó a repartir los folletos explicativos del dengue por cada una de las mesas.

Cuando lo tomé, me sorprendió encontrarme con un nuevo diseño, totalmente diferente del que venía circulando desde años anteriores¹. Había participado en la construcción del recién estrenado modelo la Cooperativa de Trabajo Animadores de Rosario Ltda. junto a la Dirección General de Comunicación Social de la Municipalidad de Rosario. Era un tríptico bastante colorido que a través de dos personajes que escenificaban diversas situaciones cotidianas hacía hincapié en las medidas preventivas a desarrollar para que no proliferara el “*mosquito del Dengue*”. Hacia el final de la presentación describía brevemente la enfermedad y sus síntomas. A diferencia del diseño previo, el nuevo folleto no contaba con una imagen real del *Aedes*, sino que el mosquito aparecía representado por una imagen que contenía parcialmente sus principales características, a saber: sus distintivas marcas o rayas blancas que sobresalían a través del color oscuro de su cuerpo; aunque en el caso de las extremidades, el anillado blanco y negro con el que habitualmente se lo identificaba, había quedado confinado exclusivamente a sus dos patas posteriores (Figura 25).



Figura 25. Representación del mosquito *Aedes* en el nuevo folleto

¹ En el Anexo se incluyen los folletos de prevención del dengue que se utilizaron en los períodos 2009-2010 y 2010-2011.

Interrumpí mis cavilaciones cuando el promotor zanjeó el debate y aclaró:

“El dengue es un virus, es una enfermedad... y hay mosquitos, que se les dice vectores porque son los que transmiten la enfermedad... pero no cualquier mosquito eh...? El que decimos es una especie de mosquito que tiene un nombre medio raro que se llama Aedes aegypti, si? Entonces, el mosquito Aedes aegypti es el que transmite el virus del dengue. Hasta ahí estamos?”

Volvió a repasar un par de veces más los conceptos vertidos cambiando un poco el orden de las palabras, para pasar a hablar del ciclo de reproducción del vector con estas palabras:

“Las mujeres del Aedes aegypti... -que son complicadas como este grupo- [risas] son las que pican y transmiten el virus. Por qué? Les cuento por qué... Los mosquitos, todos, la mayoría, se alimenta de la salvia del árbol, (...) de la planta (...) La hembra del mosquito, en cambio, para poner huevitos necesita sangre, necesita sangre para obtener la proteína necesaria para hacerlos madurar. Entonces, quién es la que pica y te rompe los cocos...?”

Las participantes le respondieron casi al unísono: *“Las hembras”*.

“Las mujeres...” remató el promotor entre risas y aplausos del grupo, al tiempo que aclaró que esos dichos sólo intentaban aportar una nota de humor a la teoría *“para no dormirse... (...) pero no quiero que se me ofenda ninguna”*.

Si bien algunas vecinas se habían ido incorporando espontáneamente a la charla cuando ya se encontraba iniciada, un momento antes de llegado a ese punto del encuentro se había sumado un nutrido contingente de unos 30 adultos mayores de ambos sexos acompañados de sus profesores de aquagym. A las maniobras para acomodarse le siguió una algarabía ensordecedora que alcanzó niveles insospechados, sobre todo frente a los últimos comentarios vertidos por el promotor acerca de ‘las mujeres que rompían los cocos’. De todas formas éste prosiguió la charla sin detenerse:

“No dejen cacharros... No dejen los baldes... No dejen las botellas vacías paradas... Donde se junte agua que quede estancada, quieta, el agua esté limpia, sea clara, cristalina... y tenga un borde duro... llámese cemento o plástico o vidrio, metal o chapa... el material que sea (...) el Aedes va y pone los huevos (...) pone los huevitos un poquito más arriba del nivel de agua, muy poquito y esperan, los huevitos, a que el agua suba y que haya una muy buena temperatura ambiente. Les toca esa agüita calentita y el huevito eclosiona (...) Por eso cada uno de nosotros lo que tenemos que hacer... voy a tirar esto, voy a dar vuelta lo otro... La limpieza acá es fundamental, casi lo único que podemos hacer para combatir esta enfermedad.”

Tomando un folleto que despuntaba en una pila sin repartir que se hallaba próxima y siguiendo con un dedo sus imágenes mientras lo sostenía por lo alto, enumeró los diversos lugares que podían convertirse en potenciales criaderos del Aedes (Figura 26).



Figura 26. *Desarrollo del taller*

Luego pasó a explicar las particularidades del *Aedes* comparándolo con otras especies de mosquitos, señalando que:

“Entre otras características, este mosquito, el Aedes aegypti, una de las cosas muy distinta a los demás mosquitos, es que le gusta vivir dentro de las casas... (...) Al culex le gusta vivir en el barro, en la enredadera, la zanja, el pasto... en todos esos lados... Por eso al mosquito Aedes aegypti también se le llama -entre otros apodos- mosquito urbano, mosquito doméstico... Es muy cómodo, es muy familiar, es muy vago también porque no vuela muy lejos que digamos de la casa en la que vive. Encuentra un rinconcito dentro de la casa y listo. No lo jode el viento, no lo joden los demás bichos, tiene una temperatura ambiente estable porque está dentro de la casa, eh? Por eso es muy muy muy importante... se acuerdan de esta palabra? Descacharrizado? (...) Constantemente hacer el descacharrizado, la limpieza de toodo el hogar. Y por qué tenemos que hacer ese trabajo? Porque es la única, es la única manera de erradicar al mosquito”.

Una de las epidemiólogas había estado preparando en una improvisada gradilla de telgopor unos quince tubos de ensayo que contenían ejemplares de larvas del mosquito *Aedes* conservadas en alcohol. En ese momento empezó a repartirlos entre los participantes señalando muy brevemente:

“De los huevitos que pone la mosquita salen estas larvitas que acá pueden ver (...) Esas larvitas viven unos días en el agua hasta que alcanzan la forma adulta del mosquito que todos conocemos. Acá tienen, fíjense bien y vayan haciendo circular entre los que están en la mesa... (...) Vean bien cómo son las larvitas que estamos hablando, así revisan todos los cacharros... los floreros, los recipientes que tengan en sus casas... si tienen o no larvitas.”

El promotor agregó:

“Y fundamental también, a no olvidar revisar el patio... El patio, el techo, las canaletas... y limpiar, limpiar a conciencia, eh? Que no quede nada

que pueda juntar agua porque ahí seguro se cría. Tengan en cuenta que hasta en una tapita de gaseosa... sí señor, hasta en una tapita de gaseosa con que haya un poquito de agua, con que se junte un poquito nomás... tipo una lluviecita de un rato, de una tarde... pueden encontrar esas larvas creciendo ahí... La larva ahí se cría. Así que vuelvo a insistir con lo mismo, hay que tirar los cacharros, toodos los cacharros (...) dar vuelta los recipientes que tengan en uso todos los días, poner arena en los floreros y en los potus... (...) limpiar bien los bordes de los bebederos de las mascotas... De esta forma nos aseguramos que no haya nada que junte agua y que pueda criarse este mosquito que es tan dañino para nuestra salud.”

Algunos participantes interrumpieron brevemente para preguntar si era posible encontrar las larvas en recipientes específicos, como ‘la pileta pelopincho’, ‘los baldes para lavar ropa’ y ‘los porrones vacíos’. Otros preguntaron cómo limpiar el ‘tarro del agua de los perros’. El promotor tranquilizó, adelantando la solución:

“La limpieza es muuuuy simple. ¿Qué hago? Día por medio, con la mano o un trapito, sin ningún producto químico... paso la mano entre el borde y el agua... y listo, ya está! Esa es la mejor manera de garantizar que no haya huevitos... (...) No tenés que hacer morir de sed a los animales, no tenés que mezclar cloro con lavandina...ningún elemento especial. Solamente acordate de ser un poquito más higiénico, nada más, ahí está el secreto.”

La epidemióloga volvió a enfatizar que los huevos podían perdurar un año hasta eclosionar:

“Es mucho el tiempo de sobrevida que tiene el huevito... Puede durar mucho tiempo si no hay agua (...) hasta un año, o sea, de un año a otro. (...) Así que bueno, todo el año podemos estar limpiando el patio, esa es una de las cuestiones más importantes que tenemos que tener presente.

(...) Recuerden que de esos mosquitos nacen unas larvitas, ahí pasé unos tubitos que las pueden ver.”

Una de las participantes exclamó: *“Voy a tener que traerme los lentes sino no veo un s.”* Sus compañeras de banco se rieron al tiempo que una manifestó con sorpresa: *“Ah, pero yo de estas viboritas tengo lleno, lleno el patio... Mirá vos, así que estas viboritas son futuros mosquitos... Yo pensé eran viboritas del agua...”* Sus más allegadas lanzaron riendo: *“Pero mirá lo que se te ocurre... y decirlo encima!!”, “¿De dónde sacaste eso?”, “Que sos animal...!!”* El resto de los participantes reía también. El promotor señaló, levantando un tubo: *“Recuerden que estas están muertas, pero son como viboritas que suben y bajan.”* Una de las participantes próximas comentó a los que estaban al lado mientras miraba el interior del tubito: *“Por esto es que hay que tener cuidado con las zanjas.”* A lo que respondieron moviendo la cabeza en sentido afirmativo. Aprovechando el interés, la epidemióloga que estaba cerca y escuchó el derrotero de comentarios que produjeron las palabras de las participantes comentó: *“Vieron...? Les parecen viboritas? Bueno, acá las del tubito están todas muertas, pero cuando están vivas se mueven medio ondulando... medio zigzagueando; por ahí por eso la semejanza que ve ella con las viboritas... Pero son las larvitas del mosquito Aedes, así que cuidado!! Hay que mantener todo limpio... Recordemos cómo se desarrolla el mosquito.”* Volvió a repasar muy rápidamente el ciclo biológico del mosquito, con sus estadios de huevo-larva-pupa hasta alcanzar la forma adulta, enumeró algunos recipientes que pueden ser criaderos y recomendó medidas a adoptar para limpiarlos, deteniéndose especialmente en las piletas de lona. Luego siguió:

“El mosquito Aedes transmite, pero tiene que encontrar a un enfermo que tenga dengue (...) Entonces, estar atentos si tienen fiebre, así con síntomas como de gripe, consultar al médico. Cuando hay un brote grande de muchos enfermos de dengue, ahí se suele fumigar para matar a los adultos para evitar que piquen e infecten a otro. Pero eso se hace en época de brote y se hace en las áreas programadas. Para lo que son las fuentes y todos los lugares públicos hay otra forma que es menos tóxica de matar: se eliminan las larvas, se hecha larvicida. La Muni tira

larvívica que no es venenoso, porque es como una bacteria que mata nada más que a esta larva. Pero adentro de nuestras casas no es tan fácil meterse... así que ahí tenemos que controlar nosotros.”

Un hombre interrumpió demostrando cierta molestia: *“Todo esto se solucionaría si se fumigara en tiempo y forma.”* El compañero próximo arremetió: *“La Municipalidad no fumiga como antes, ya no se ve pasar la chata por el barrio.”* La mayoría asintió mostrando coincidencia con lo expresado y se pusieron a conversar con los que estaban más próximos acerca de lo que ‘no hace’ el ‘Estado/gobierno/Municipalidad’, como si fueran entes intercambiables. Era tal la algarabía que sólo se alcanzaban a pescar palabras sueltas: yuyos, zanjas, basurales, ratas y otros muchos etcéteras donde se multiplicaba la afirmación de que *“el Estado no está”, “la Municipalidad no hace nada con los problemas que tenemos”, “el gobierno no se ocupa”, “el [político] viene sólo para la fotito y se raja, no le importa”.*

Pasados unos minutos, el promotor hizo un gesto conciliatorio con las manos y aclaró:

“A ver, a ver... No nos podemos exceder con las fumigaciones. Por qué? Porque tiene poco sentido. Una hembra del Aedes aegypti pone aproximadamente 200 huevos, sí? La diferencia es que no hace como los otros mosquitos... (...) Todos los demás mosquitos sabés que hacen...? Las otras especies... van dicen: Che, vengo a esta zanja, pongo 200 huevos. Los pone y se va... Saben qué hace la hembra del Aedes aegypti? Va adentro de tu casa y dice: Que linda macetita...! Pongo dos. Pone dos huevitos y se va. Dos!! Ah...! Esta macetita está linda, acá pongo tres. Y se va a la casa de ella [señala a una de las participantes] que vive al lado. Uh... este potus está buenísimo, acá pongo cinco... Entonces fijense que guachita que es... (...) El huevo puede esperar y aguantar un año sin agua y a temperaturas bajas. Es muy resistente... Entonces, esto qué quiere decir? Que a veces la fumigación sirve en ciertos momentos como algo paliativo, si hay muchos mosquitos... mosquitos adultos (...) Si vienen constantemente fumigando, matamos todo... pero todo...”

Una participante dice: *“Mata a todos los insectos, al bueno y al malo.”* El promotor asiente y agrega:

“Exactamente. Todos los otros bichos que son predadores de los mosquitos (...) o sea, por ejemplo, los aguaciles, las libélulas... todos esos bicharracos también se mueren si fumigamos... Se puede producir un desbalance muy pernicioso y perjudicial para la cadena alimentaria y que nos puede embromar en otra cosa... Matas mosquitos y se vienen un montón de otros bicharracos.”

Luego de un breve impasse para que los participantes opinen y hagan preguntas, continuó:

“La fumigación siempre está programada y se fumiga en determinados lugares y momentos de manera preventiva. Si? Se fumigó cuando hubo casos positivos y sobretodo acá en Tablada, acá cerquita (...) 10 cuadras por allá... Fue donde hubo la mayor cantidad de casos positivos de dengue de toda la provincia de Santa Fe. Ha sido un lugar muy atacado, por eso se fumiga... pero cuando realmente es necesario. (...) Por suerte la gente -que es lo más importante- la gente, cada uno... empezó a tomar conciencia.”

Dándose cuenta que había transcurrido casi la totalidad del tiempo pautado para la actividad, se apuró a continuar: *“Bueno, queda poquito tiempo, vamos a pasar a alacranes y lo vamos a hacer cortito, présteme atención.”* Relató muy brevemente las características y aspecto del alacrán existente en el área, sus hábitos y los espacios en los que suele localizarse en los domicilios, para después describir qué hacer ante una picadura y las formas de atrapar al alacrán -si fuera posible hacerlo ‘sin riesgo’- para comprobar la peligrosidad del veneno según la especie llevándolo a un efector sanitario. Finalmente, especificó cuáles eran los grupos más susceptibles de padecer complicaciones ante una picadura, remarcando:

“Entonces, algo muuuy fácil: ¿Cuál es la recomendación fundamental que sirve para evitar los alacranes, los mosquitos Aedes aegypti y los roedores? Si yo a mi casa la tengo limpita... bien limpio adentro, en el patiecito y alrededores, me voy a evitar todo este tipo de problemas (...) lo que estamos buscando con estas charlas que hacemos junto con Epidemiología es esto, ser cada vez más higiénicos... para protegerme a mí, a mi familia y a mis vecinos. Si todos somos cada vez más limpios y más higiénicos, me voy a evitar todo ese tipo de problemas.”

La epidemióloga también insistió en mantener los espacios domésticos limpios y repasó los síntomas que puede producir la picadura del alacrán, remarcando la necesidad de colocarse hielo para calmar el dolor por la picadura y concurrir al efector de salud más próximo de requerir atención.

El grupo de vecinos que había llegado cuando la charla estaba avanzadaapuró el cierre para ir a la clase de aquagym. Entre señas y chequeos de reloj se levantaron casi al unísono, a pesar de que sus ‘profes’ se encontraban aún parados escuchando con atención. El promotor, tratando de evitar que se dispersaran, batió las palmas y exclamó:

“A ver, a ver... No se vayan todavía!! Como ya terminamos les digo cinco cositas de los roedores. A las ratas lo que más les gusta comer es lo que comemos cada uno de nosotros en nuestra casa, o sea, nuestra comida es lo que primero eligen. Lo segundo son las frutas... y tercero y lejos la basura (...) Entonces, ¿qué tengo que hacer? Lo mismo que tengo que hacer para el dengue y para el alacrán: tengo que tener limpita mi casita, mi veredita y con mi vecino tratar de limpiarla... porque esa es la única manera. Si tenemos todo limpio se nos terminan los problemas.”

Con esas últimas palabras forzosamente dieron por finalizado el taller, mientras parte del grupo se despidió marchándose hacia el natatorio, la otra se quedó conversando en las mesas. En ese contexto se produjeron diversos intercambios entre el equipo de salud y las mujeres que habían permanecido en el lugar esperando que sus niños terminen las actividades de la colonia. Ninguna de ellas sabía con antelación que se iba a realizar un encuentro acerca del

dengue -“no vi ningún aviso”-; señalando que la temática les resultó “interesante/útil” y que “es bueno conocer estas cosas”, sobre todo en lo referente a los alacranes, a los roedores y a las serpientes, aunque “de las víboras mucho no hablaron”.

En ese contexto compartieron diferentes vivencias que las atravesaban con referencia a los problemas con estos vectores.

“Hace un mes atrás mi nena más chica encontró una viborita debajo de la cama de ella, empezó a los gritos que yo no sabía qué pasaba... (...) y de ahí en más vivo con un espanto de encontrarme con una de esas, que si estoy sola me muero, me muero... no sé qué hago (...) Ese día por la gracia de Dios que estaba en casa mi cuñado y la mató enseguida, dijo que no era venenosa... pero no lo tengo por seguro. Lo dijo para tranquilizarme, porque me conoce bien y sabe que me espanto” [Vecina].

“El gran problema que yo sufro me lo produce el basural que está atrás, que da atrás de mi casa... Una mugre, un juntadero de mugre que atrae de todo... perros sarnosos, enfermos andan... todo... todo lleno de bichos... lo que se te ocurra (...) Para mí lo peor son las ratas, lleno de a montones encontrás y tienen un tamaño... gigantes, son gigantes, como esas que una vez mostraron en televisión” [Vecina].

El equipo se comprometió a volver a dar otra charla en unas semanas, “vamos a volver y esta vez vamos a tratar todo el tema de los ofidios también” y se despidió nuevamente agradeciendo “la escucha atenta” y bromeando “vamos a ir a visitarlas por sus casitas a ver qué pusieron en práctica después de la charla de hoy”.

Me quedé conversando con algunas de esas vecinas² y me comentaron que tenían otras situaciones más apremiantes en su cotidianidad “que un mosquito” con las cuales debían lidiar ‘solas’ porque no recibían ayuda ‘de nadie’, ni del

² Se interactuó con tres grupos diferentes conformados por unas once vecinas con edades comprendidas entre los 27 y los 48 años, que permanecieron en mesas distantes entre sí con posterioridad a que se retirara el equipo de salud. Con cuatro de ellas se sostuvieron entrevistas en profundidad en sus domicilios particulares con posterioridad a ese taller/primer encuentro.

'Estado/gobierno/funcionarios'. Estos problemas estaban relacionados fundamentalmente con la crianza de los hijos varones de más de 11 años en entornos complejos con 'falta de opciones (a futuro)', como ser: pertenencia a bandas/'la (mala) junta'/'vagar', violencias/'aprietes para que salga (a robar)', adicciones/consumo social (de alcohol/sustancias), narcomenudeo, reclutamiento como 'soldaditos', proliferación de 'kiosquitos', connivencia policial, etc. También hicieron referencia a su falta de trabajo 'fijo' o de ingresos que no alcanzaban, algunas sostenían a sus familias (incluso a padres y hermanos) cirujeando, cartoneando o pidiendo comida/ropa, otras refirieron trabajar de 'doméstica' y 'coser/planchar a pedido'. Enumeraron también diversos problemas de salud propios y de la familia y refirieron en qué instituciones se atendían y qué dificultades encontraban en el sistema sanitario (sobre todo en turnos y derivaciones a otros efectores/profesionales y disponibilidad de anticonceptivos/leches/medicamentos).

Aprovechando que la conversación giraba en torno a los problemas de salud, retomé el eje sobre lo que pensaban acerca del *"mosquito del dengue"* y volvieron a hacer hincapié en las falencias infraestructurales y de servicios³, deslindando responsabilidades hacia el Estado por *"la existencia de esta enfermedad"*, debido a la *"falta de limpieza de zanjas y basurales"*, o bien, que *"no se hace la fumigación en todo el año y después salen con estas cosas y de golpe te enterás que existe... y todo por culpa de ellos"*.

Una vecina -referente de una de las organizaciones del barrio- que se había aproximado a uno de los grupos cuando se retiró el equipo de salud, comentó algo ofuscada:

"Aparecen una vez al año... y pretenden -palabras más, palabras menos- achacarnos a nosotros, a la gente de los barrios, quizás humilde pero honesta, trabajadora, de la existencia de toooda una serie de problemas (...) pero no sólo eso, también esperan que nosotros hagamos algo para solucionarlo, cuando no hicieron nada de nada... o si lo hicieron estuvo"

³ Se hizo mención extensa de este tema en la Sección 4.4. *"El Sector Noreste del Barrio Tablada: Escenario de la Epidemia"* del Capítulo 4.

a destiempo... o ni se notó (...) El problema [dengue] lo tuvimos igual, lo seguimos teniendo de hecho”.

La lectura de la situación descrita no era ajena a lo que reconocieron los equipos de los Centros de Salud que no pudieron concurrir al taller:

“hacer prevención es todo un tema, a veces sencillamente no se puede... pero no se puede porque no se llega, en tiempo, en recursos, etcétera... no porque no se quiera. Te dicen: ‘hay que salir al barrio para hacer prevención de tal y tal cosa...’ Sí, buenísimo...!! Y después? Después, cómo lo hacés? Tenés la sala colapsada de gente esperando (...) que no das abasto. Qué haces entonces? Y... te quedas atendiendo la consulta. No salís (...) No se llegan a hacer muchas cosas... prevención es una de ellas” [Médica].

En esta línea, el promotor de la salud que estuvo a cargo del taller reconoció que *“el dengue es una cuestión prioritaria”*, pero le *“fue imposible hacer antes”* la actividad debido a la infinidad de ‘temas’ que tiene bajo su órbita⁴, aclarando que:

“lo ideal sería arrancar con talleres de concientización y actividades de difusión en prevención de esta enfermedad [el dengue] desde que arranca la primavera y hasta que termina el calor... Por decirte que este taller tendría que haberse dado a partir de Septiembre-Octubre de 2010 y fíjate que estamos en Marzo de 2011 y recién ahí se pudo concretar (...) La realidad es que no se hace eso porque no se puede, no se llega... faltan recursos. Pienso que es eso... y bueno, queda un poco librado al interés y disposición de cada uno de nosotros, viste? Por ejemplo, yo que estoy a cargo un poco de lo preventivo de dengue en el Distrito Sur

⁴ El promotor de la salud mencionó algunos de los ‘temas’/actividades de los ‘que tiene que ocuparse’ en el Distrito Sur, a saber: salud sexual y reproductiva, VIH/Sida, problemáticas de adicciones/alcoholismo en las escuelas, tabaquismo, violencias, salud cardiovascular, proyectos de alimentación saludable y de promoción del ejercicio y la actividad física regular con caminatas y gimnasia para adultos, entre otras. Aclaró que si bien todas resultan importantes, algunas son ‘vitales’ como en su opinión sería el caso del dengue.

lo veo como un problema grave, entonces cuando armo la propuesta de actividades lo incluyo y si me dan el ok cuando elevo la propuesta, ahí lo hago, pero recién ahí... mirá la voltereta que tuve que dar (...) lo hago en el primer hueco que me queda entre las otras mil cosas que tengo”.

Por su parte, otro integrante del equipo de salud a cargo del taller expresó:

“Todo lo que se haga a nivel preventivo queda un poco a cuenta de uno, de cómo lo piensa, de cómo lo ejecuta, de las ganas que le ponga... Digámoslo claramente, la prevención está buenísima y es necesaria, pero no se prioriza a nivel de gestión. Entonces, pasa por las ganas que tenga uno de hacer algo o no hacerlo”.

Sin embargo, los actores de los Centros de Salud también reconocieron que el trabajo territorial o ‘fuera del intramuro’, también se ha ido ‘recortando’ y reformulando al compás de los episodios de violencia que se han registrado en el barrio y en las instituciones, incluso *“ha habido momentos en que no se salió en lo absoluto, se suspendieron las visitas”*, o bien, *“se sale para lo justo y necesario, ya no se hacen los grandes recorridos como antes”*.

De esta manera, lo preventivo-territorial permanece, en el mejor de los casos, como ‘horizonte/idea’, pero en la mayoría de los equipos prima la sensación de que:

“se ha perdido esto de todo lo que era el espíritu de APS [Atención Primaria de la Salud] en su momento... no es lo mismo ahora que... bueno que... prácticamente se trabaja a puertas cerradas... (...) y a veces es una institución de puertas cerradas en serio... con llave, digamos... literalmente. Digamos, no es todo culpa de los trabajadores... el sistema tiene muchas falencias... (...) la cuestión de las violencias incide bastante en todo esto...” [Psicóloga].”

Refirieron que debido al *“incremento generalizado de la violencia en Tablada”* se han ido replegando como institución y que *“el problema de la inseguridad en el barrio”* se instaló en el marco del trabajo cotidiano, dándose

situaciones de hurto de materiales y de daños edilicios. Muchos de los trabajadores de los Centros de Salud han sufrido situaciones de agresión interpersonal (gritos, amenazas, etc.) y robos en los trayectos territoriales; lo que ha contribuido a incrementar el ‘temor’ y la ‘sensación de indefensión’ entre algunos de los integrantes del equipo.

“cuando estaba haciendo una visita y venía caminando para acá escuchamos los tiros, un enfrentamiento, bueno... rajamos. Y... por ejemplo, la gente te dice no se metan en ese pasillo y ‘respetalo’ porque... no hay que meterse en determinados pasillos, ellos mismos, la gente que te conoce, o te acompaña o te dice que no te metas, ‘hoy acá no’ (...) Hoy tenemos más recaudos... (...) Es todo un armado lo que hay que hacer para salir (...) fue cambiando mucho en todo este tiempo, muchísimo... Yo cuando entré acá, nada que ver, era otra la situación... o sea, que nos fuimos corriendo, replegando, replegando, viste? (...) Es tu vida... es tu vida y detrás de cada trabajador hay una familia, es así... es así... o sea, uno también tiene que cuidarse por uno y por lo que tiene atrás (...) todos tenemos una familia, cualquier cosa que nos pase... porque ahora ya no hay miramientos como era antes, en otra época...”
[Enfermera].

6.2. En la casa de Alcides

Llegó el día del “*Monitoreo de larvas de Aedes*” y me encontraba en el Auditorio de la Casa de la Promoción de la Salud observando cómo se organizaban los distintos equipos de trabajo a cargo de las actividades preventivas.

Unas catorce personas pertenecientes al campo de la salud, la mayoría profesionales y estudiantes avanzados o a punto de graduarse, se ubicaban en torno a una enorme y antigua mesa de reuniones sobre la que se desplegaban los más diversos insumos necesarios para llevar adelante las tareas en el barrio.

El estadístico explicaba al grupo: “En el Distrito Sur el muestreo se centraliza en esta zona de Tablada, en todo este sector [señalando el plano que se observa en la Figura 27⁵] que es donde estuvo el brote [de dengue]. En las manzanas que aparecen marcadas (...) se calcula estadísticamente cuántas viviendas aproximadamente se visitan y se establecen las manzanas en que se va a hacer”.

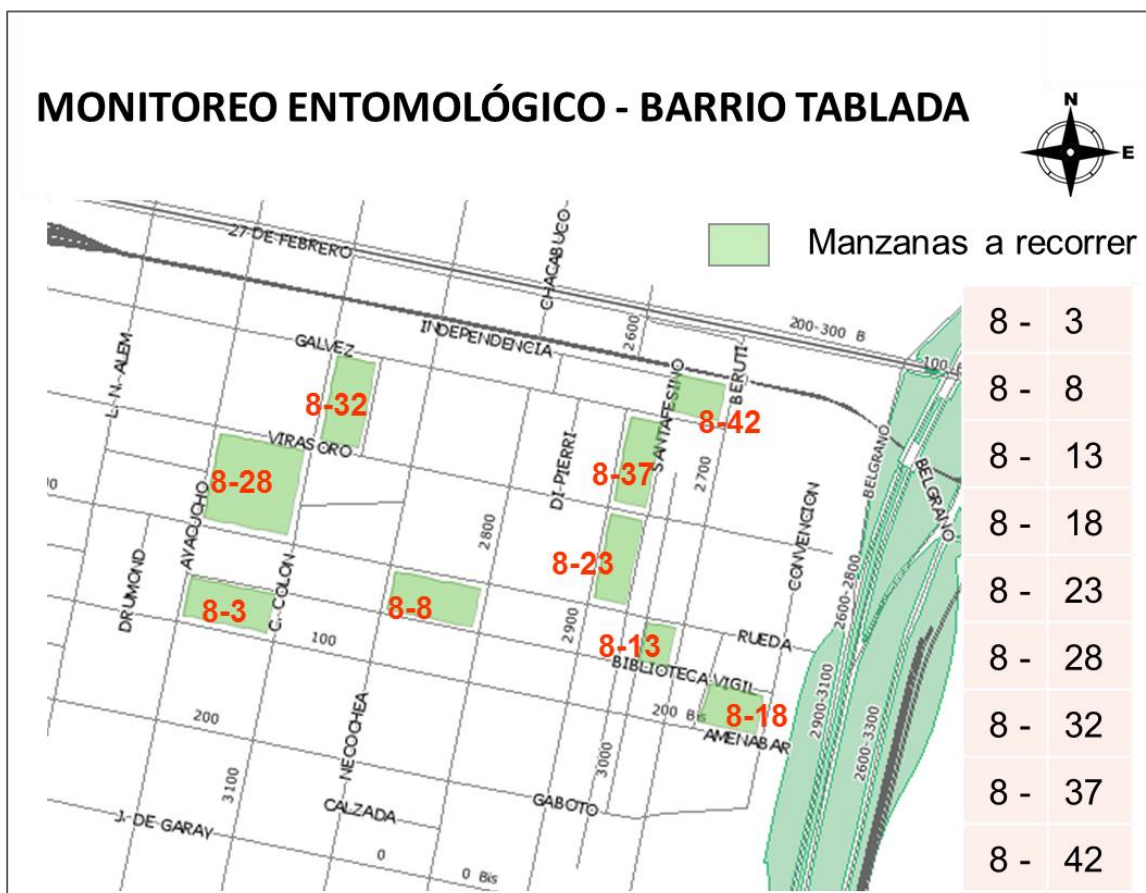


Figura 27. Detalle de las manzanas en las que se realizó el monitoreo entomológico

Alguien repasaba uno de los instructivos en voz alta mientras algunos escuchaban: “La identificación del índice larvario contribuirá a una detección más confiable de las zonas en riesgo de infestación y permitirá a las autoridades sanitarias optimizar las estrategias para evitar la enfermedad”.

⁵ Nota: Adaptación propia. Fuente: Instructivo Método LIRAA (Documento de circulación interna elaborado por el Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

El equipo al que iba a acompañar se había conformado instantes previos bajo el único criterio de que hubiese alguien 'de adentro' (de la Municipalidad de Rosario y específicamente de la Secretaría de Salud Pública) que conociera la actividad o la lógica de trabajo inmanente a la misma, para 'guiar'/'coordinar' a los que venían 'de afuera' (en este caso, de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR).

Con respecto a los 'de adentro', las Áreas de Epidemiología y de Educación para la Salud tenían personal a cargo de las actividades preventivas de dengue en cada Distrito, que eran reconocidos como "los referentes":

"Generalmente son dos las personas que aparecen como referentes de lo que se haga [en prevención de dengue] en Distrito Sur: [nombres de los referentes]. Pero ante casos de urgencia o si hay brotes, etcétera... eh, en actividades puntuales también... se amplía, ahí como que se recurre a que todos, que todos estén trabajando en el mismo lugar (...) como refuerzo (...) tanto los equipos de salud de acá como los distritales, grupos externos también, voluntarios de otras instituciones" [Personal de Gestión].

Pero, por qué "es necesario sumar a gente que viene de afuera"? Ese interrogante que solapadamente resonaba en mis oídos a espaldas de otros posibles interlocutores y fundamentalmente de 'la gestión', era compartido discrecionalmente entre algunos pocos pares entre los cuales existían vínculos de confianza. La situación respondía -al menos- a un factor clave enunciado por todos: la escasez de recursos humanos propios frente a la inmensidad del territorio/problema.

"No quiero que suene a crítica a la Secretaría... viste? Porque no es así, quiero aclararte que no es así lo que estoy diciendo... Es el mejor sistema de salud que tenemos en toda la Argentina, el mejor... y me atrevería a decirte que uno de los mejores de Latinoamérica... y eso no se lo quita nada ni nadie (...) Pero está más que claro que no alcanza... o sea, no somos suficientes para hacer frente a lo que es lo preventivo..."

y menos en la problemática de dengue... y entonces, se hace poco... o a veces nada...” [Médica].

“Hay una percepción de la prevención en salud... que no sirve o no alcanza, por lo menos con la profundidad que se necesita... en lograr cambios radicales, o sea, lamentablemente... es así (...) Entonces no se destinan recursos, ni económicos, ni humanos (...) Entonces, y digo, en los centros de salud pasa lo mismo... viste que cuesta muuuchísimo pero muchísimo que se arrimen cuando los convocamos a alguna actividad... para colaborar... eh... Pero además, porque ellos tienen ya su carga laboral, que es también tremenda como para sumar más laburo, tremenda (...) Te decía, hay una percepción de la gestión, pero también general de que con la prevención no se logran grandes cambios... Entonces, para qué contratar a más gente para eso...? No!! No... para qué? Si no funciona...” [Psicóloga].

En esta oportunidad, la condición de posibilidad para ampliar la plantilla la ofreció el vínculo existente entre el Sistema Municipal de Epidemiología y la cátedra de Epidemiología de la Facultad de Ciencias Médicas, UNR. Vinculación que nació del hecho de que parte del personal de Epidemiología de la Municipalidad se desempeñaba como docente en la cátedra homónima.

Así las cosas, durante ese Monitoreo en que únicamente se esperaba *“tener un panorama más claro y exacto de lo que está pasando en Tablada (...) y de si existen condiciones para que se dé o no un nuevo brote [de dengue]”* sólo estaban presentes *“los referentes de dengue del Distrito Sur”* a los que se habían sumado como *“voluntarios”* un nutrido grupo de estudiantes y graduados recientes de Medicina, que tenían en la mayoría de los casos una formación teórica más o menos completa pero que carecían de experiencia en el trabajo territorial.

Partí rumbo a Tablada en una camioneta estilo tráfico de la Secretaría de Salud junto al equipo al que iba a acompañar, que estaba integrado por un promotor de la salud (PS) de Educación para la Salud y un estudiante de Medicina (EM) que estaba en 4^{to} año de la carrera. A pesar de que no se conocían ni habían trabajado juntos previamente, de camino al barrio lograron

alcanzar cierta familiaridad mientras hablaban de fútbol, de resultados y de próximos partidos. Ya más cerca del destino, el PS le mencionó diversos temas acuciantes relacionados con el dengue y con la realidad del trabajo barrial cotidiano. Los dos eran de carácter alegre y extrovertidos, por lo que parecieron entenderse rápidamente.

El EM comentó que era la primera vez que iba al barrio, esperando *“conseguir algunos puntos extras [en la Asignatura] por ir a terreno”* pero aclarando -en tono serio- que también le interesaba *“aprender a encarar lo preventivo con la gente... conocer cómo es el trabajo en un barrio (...) porque la prevención es la base de todo, de la salud de la población (...) de lograr una diferencia (...) una mejor calidad de vida”*.

Instantes previos, la bioquímica del *“equipo de Epidemio”* les había repartido una colección de tubos de ensayo de plástico, pipetas, alcohol y un par de guantes bastante trajinados, enumerando consejos prácticos para la toma de muestras y la conservación en fluido de las larvas. También les presentó el esquema general del formulario que debían completar durante las visitas domiciliarias y dio algunas pautas acerca del llenado de los códigos de recipientes *“para una vez realizado el relevamiento en el barrio poder georreferenciar los resultados y conocer cuáles son las zonas más afectadas”*.

El PS contabilizó los tubitos rápidamente y los acomodó en su mochila junto a las planillas de relevamiento de los recipientes y las fichas para la búsqueda de febriles⁶. También preparó una pila grande de folletos sobre el dengue y su prevención para repartir en cada uno de los lugares a visitar. En mano además llevaba enrolladas algunas láminas gigantes que tenían impresas las medidas preventivas para ubicar en sitios bien visibles de negocios y lugares públicos.

Así munidos partieron rumbo al barrio para comenzar las tareas. Les había tocado recorrer unas cinco manzanas del sector Noreste de Tablada, todas ellas *“epicentro de los casos de dengue en 2009”* y se habían puesto más o menos de acuerdo en cómo se iban a distribuir las tareas para *“hacer rápido -pero bien- la toma de muestras”* (aunque ninguno de los dos había hecho antes esa tarea), ya que eran muchos los hogares que tenían que *“sondear en busca de larvas”*.

⁶ En el Anexo se incluye la Planilla de Búsqueda de Febriles en Terreno.

Como la mayoría de los integrantes de los equipos de salud que estaban trabajando en el territorio, portaban sendos llamativos chalecos distintivos, que tenían las iniciales MR referenciando a la Municipalidad de Rosario. A este respecto, el PS expresaba:

“Tablada es un barrio bien complicadito, con esto [se agarra el chaleco] te distinguen al toque... (...) Ah, siiiii, es de la Muni, siiiii... [gesticula personificando a un vecino] Tranqui, o sea, se dan cuenta que sos de la Muni (...) que no sos cana, que no estás buscando a fulanito para llevártelo preso, que no vas a hacer ningún quilombo... que venís a ayudar, te abren la puerta de la casa y podés laburar más o menos tranquilo. (...) Hay que salir a patear este barrio... hay que animarse... no? porque es un barrio complicado este para andar...”.

En medio de un calor sofocante, pero con genuino entusiasmo, avanzaban planos en mano, resaltadores amarillos y cálculos al aire acerca de cuál era la próxima vivienda que les tocaba visitar. El PS aclaró: *“La visita domiciliaria es intercalada, una casa sí y la otra no... ese es el método que bajaron para hacer el monitoreo de Aedes. No se visitan todos los domicilios que hay acá, sino que hay que hacer ese recorte dentro de la cuadra”.*

Alcides (de unos 70-80 años) se encontraba sentado en la puerta de su casa a la llegada del equipo. Se levantó y los saludó amablemente estrechándoles las manos. Comentó que los estaba esperando, que *“sabía que venían”* y con un gesto afable y tranquilo les indicó que entraran a la casa. Caminaba con movimientos lentos atravesando el interior de la vivienda, mientras el PS le comentaba lo que venían a hacer y la daba detalles generales del dengue y del ciclo de vida del mosquito. Por unos breves instantes se sentó a escucharlo a la sombra de un improvisado cobertizo para recobrar el aliento.

La casa estaba bastante deteriorada por el paso de los años, su estructura tipo ‘chorizo’ remitía a aquellas viviendas que aún permanecían en pie como vestigio de la época en que se asentaron los primeros inmigrantes dentro del barrio. El patio era inmenso, salpicado por algunos árboles que sombreaban agradablemente el lugar y cercado por frondosas plantas y enredaderas que se

apoyaban en un cerco de metal relativamente bajo a todo lo largo de su perímetro.

Los integrantes del equipo pidieron permiso para buscar recipientes con larvas de *Aedes* en el interior de la casa y en el patio, a lo que Alcides respondió asintiendo con un gesto sonriente.

Permanecí sentada mientras miraba cómo, sin mediar palabra, cada uno de ellos tomaba un camino independiente, escaneando los espacios por arriba y por abajo, mientras Alcides acompañaba a uno de ellos a cierta distancia. El recorrido terminó relativamente rápido, ya que -como él mismo se encargara de aclarar- sólo tenía afuera un frasco de vidrio donde solía verter el aceite de cocina usado hasta poder desecharlo en condiciones adecuadas, aclarando en tono de queja: *“Hay vecinos que tiran todo a la zanja... Yo no. No puedo vivir en suciedad. Tomo mis cuidados”* Igualmente aclaró que hacía bastante no utilizaba el frasco debido a que tuvo que reducir el consumo de alimentos fritos por sus problemas de salud.

El líquido estaba bastante turbio, el PS tomó el frasco y se lo quedó viendo un rato, señalando: *“No se ve nada, parece que tuviera como un poco de aceite... Está muy sucio. Vamos a dejarlo un poquito quieto y vamos a ver si aparecen, eh? [esperan] Y...puede haber ahí, che... pero no se ve...”*

El EM le señala que está muy sucio para que se críe ahí, a lo que el PS le responde:

“Y...sí, pero se adaptan. Si hay tendrían que subir a tomar aire. [esperan] Ya tendrían que haber subido... pero a lo mejor al moverlo las avivamos. Habría que quedarse más tiempo quieto y en silencio... ahí al toque suben porque tienen que respirar. Pero a veces si te acercas se van para abajo... y encima lo movimos... si están no salen por el movimiento. El fondo no se ve, está muy sucio... que se yo...”

El EM tomó la muestra igual (Figura 28), aclarando: *“por si no sólo fuera agua de lluvia y tierra... y hubiese algo ahí [larvas de mosquito en el fondo]”*. Etiquetó

el tubito con cuidado, anotando los datos correspondientes en la planilla ‘Boletín de Campo y de Laboratorio de Relevamiento Rápido de Índices’⁷.



Figura 28. Toma de muestra durante el monitoreo entomológico

El PS tomó el frasco y agregó:

“Vio qué peligroso es tener un frasquito... Uno por ahí se olvida, deja pasar un día, una semana y se le puede acumular agua, nace la larvita del mosquito y trae todos los problemas que estuvimos charlando. Ya

⁷ En el Anexo se incluye el Boletín de Campo y Laboratorio de Relevamiento Rápido de Índices – LIRAA.

que no lo usa lo tiramos, le parece? [Alcides asintió en silencio] Total el día que necesite guardar de nuevo se acuerda de esto que estuvimos conversando y se consigue uno con tapa y listo... se olvida de todos los problemas y las enfermedades que puede traer”.

Acto seguido le consultó muy rápidamente si en el último tiempo había tenido fiebre o se había sentido enfermo, con *“síntomas parecidos a la gripe pero sin tos y sin moco”*. A lo cual Alcides respondió negando enfáticamente con la cabeza.

Terminada la búsqueda de recipientes, el PS se dirigió al vecino y lo felicitó: *“Impecable, todo muy limpito, la verdad muy limpito, ni un cacharro... Es verdad que nos esperaba, no? [se ríe]”*.

Alcides también se rió y acto seguido comenzó a referir que enviudó hace poco, que sufría de presión alta y del corazón. Tenía un hijo que vivía en el norte de la provincia de Santa Fe, pero que viajaba seguido a visitarlo y que si no podía venir seguro le enviaba unos pesitos, ya que su jubilación no le alcanzaba para cubrir los gastos. El PS y el EM lo escuchaban atentamente sentados en un viejo banco, mientras aprovechaban el alivio transitorio que les daba la sombra de un viejo paraíso. El EM había sacado uno de los folletos sobre prevención del dengue y esperaba la oportunidad de entregárselo a Alcides, quien continuaba hablando sin pausas. Adivinando su intención súbitamente cambió de tema, chistó los labios y lanzó:

“Acá en algún lado tengo guardado un papel... El papel, eh... ese papel que tiene explicado bien lo que es la enfermedad (...) me dieron cuando pasó la doctora del dispensario la otra vez (...) Hará un año de eso...? No sé... será? Pero yo tengo muy presente todo lo que dijeron y ya vieron como cuido lo poco que tengo, que tengo todo bien... Como dijo este... el muchacho recién, lo de la limpieza (...) Por eso para mí los problemas con el den... dengue por ahí los trae el terreno vecino [señala con un gesto al terreno colindante] No es por nada, no? Yo problemas no busco... no soy hablador, se habrán dado cuenta (...) Ustedes vieron como lo tiene al patio? Alcanzaron a ver?”.

El PS responde: *“No, no... todavía no pasamos por esa casita, pero ya le va a tocar... Quédese bien tranquilo que ya le va a tocar...”* El EM se levantó y le alcanzó un folleto. Alcides continuó:

“No, no les va a recibir (...) ya sabe a qué vienen ustedes, seguro los vio cuando le dieron la vuelta y lo pensó... Vieran la suciedad en la que viven... y eso que tienen criaturas... no sabe cómo las tiene (...) El problema es que [vecino] tiene una de pollos y gallinas en el patio... de no creerse... Está todo lleno.... todo lleno... Tiene de todo, los cría para comer, los vende también, hay ponedoras... hasta algún gallo fiero [de pelea] capaz que hay... Esto... cómo le dicen usted? Eh... donde toman agua los animales... debe estar lleno de esa enfermedad [dengue] (...) seguro hay mosquito, hay moscas... mucha mosca y tábanos... Está muy sucio todo (...) Si usted ahí se asoma por arriba... para que vea que no miento, eh... va a ver el estado, nomás súbase usted que puede... [espera a que el EM se suba y continúa] Lo que es la juventud, eh...? (...) y mire nomás sino como tiene todo, lo vió?”

El PS atravesó con sumo cuidado un tupido grupo de plantas y se asomó con dificultad por sobre la pared medianera, dirigiéndose al EM con voz baja comentó: *“Sí, che, tendríamos que pasar por acá, no veo bebederos pero tiene varios neumáticos... cuatro, cinco, por ahí unos rotos parece... y llenos de algo... no se alcanza a ver (...) Muchas botellas y botellitas... y de todo un poco”*. Su voz se escuchaba con dificultad entre los ladridos y gruñidos de los perros que habían salido de la casa vecina. No obstante, el PS siguió en el mismo tono: *“Y... capaz que tiene el alimento de los animalitos adentro de los neumáticos... o será el agüita para los bichos nomás? Hay que ver”*.

Le dicen a Alcides que se quede tranquilo, que ahora iban a pasar por el vecino a comprobar si había o no larvas en los bebederos y a explicarle cómo limpiarlos y mantenerlos en condiciones. *“Usted siga así, diez puntos su casita, todo muy, pero muy, muy limpito, muy limpito todo... No nos podemos quejar...”* agrega el PS a modo de despedida y comienzan a alejarse rumbo a la próxima vivienda. Notamos que Alcides se asomaba ansioso para comprobar qué

estábamos haciendo, si íbamos o no a la casa vecina, pero volvió raudo hacia el interior de su vivienda cuando se dio cuenta de que lo observábamos.

El EM se aproximó y casi susurrando nos comentó: *“Ah... de ahí venía el olor, terrible... terrible... con este calor peor... Pensé me descomponía (...) Pobre hombre, por favor...!! Cómo lo soporta? Vivir al lado de esa mugre...”*

El PS lo cargó: *“Si serás flojito che...!! No es para tanto.”* Me miró y agregó: *“Está muy tiernito éste... pero ya se va a acostumbrar...”*

“Al olor?” le pregunté.

El PS respondió: *“A todo, a todo... al olor, a la basura, a la suciedad, a la dejadez de la gente (...) a la pobreza, a la mugre (...) Está tan naturalizado vivir así [en la basura] que muchos no se dan cuenta”.*

El EM se apresuró a señalarle que *“esta vivienda no nos toca”*, ya que según la metodología empleada para el relevamiento sería una vivienda sí y la otra no. Sin embargo, el PS hizo un gesto como si no importara y aclaró: *“Vamos igual, porque ya está, nos comprometimos, está el pedido de este vecino, no podemos desatenderlo (...) mínimo miramos a ver qué onda y tomamos un par de muestras... como para ver si está pasando algo... si hay o no larvas”.*

El EM aclaró en tono jocoso mirándome:

“Si entramos ahí prepárate...!! No nos vamos más... nos quedamos a vivir!! Por lo que ví... y a vuelo de pájaro nomás, tenés todo lo que está en el folleto... y más!! Basura tirada por todo el piso... una pila de basura (...) latas, botellas, frascos, varios baldes ví... los neumáticos, hasta un calefón roto... y motores... varios motores grandes. Todo el patio como un basural y me pareció ver como un chancho en el fondo, de terror... Me pareció... eh que pollos no ví... pero había como un gallinero, pero en muy, muy mal estado... no sé si había pollos ahí o dónde estaban... pobres bichos si hay...! Te la regalo!”.

El PS golpeó la puerta. Era una casilla precaria cuyo frente combinaba chapas oxidadas con viejas tablas de madera despintada. Sobre la improvisada y única ventana habían colocado nylon negro que preservaba cierta intimidad al tiempo que dejaba pasar algo de aire. Adentro pareció escucharse un murmullo, luego un chirrido -como si fuese un mueble corriéndose- y luego nada, sobrevino

el silencio, asaltado súbitamente por un coro de ladridos que emergían desde el fondo de la casa. Volvió a repetir la operación un par de veces más sin obtener ningún resultado por lo que desistió. Volviéndose hacia el EM le indicó:

“Dejá asentado que pasamos por esta vivienda pero que no pudimos entrar... Anotá: ‘volver a visitar’. Después vemos cómo organizamos para volver otro día, porque independientemente de que encontremos o no larvas de Aedes en la periferia, hay que hacer algo si tiene tanto cacharro... es un foco importante para que prolifere el mosquito”.

Estaban por continuar con el recorrido cuando vieron que Alcides los llamó con un gesto. *“Les dije no les iba a recibir... pero él está en la casa. Él siempre está, no sale mucho. Capaz está solo... porque la mujer no la vi hoy”.* Su voz se entrecortaba, dejando traslucir su impotencia y bronca frente a la situación.

El PS trató de tranquilizarlo y se comprometió a volver a pasar por la casa del vecino en otra oportunidad. Alcides le agradeció, parecía conforme. No obstante volvió a irrumpir en lamentaciones entremezcladas con un enojo que parecía ser de vieja data:

“Yo me pregunto hasta cuándo...? Hasta cuándo va a ser esto así...? Hasta que me muera por una peste por culpa del de al lado...? La suciedad que junta... El olor... siempre el olor, el olor... si ustedes vieran cuando hace mucho calor cómo se pone acá... Mi mujer lo sufría mucho, eso me da bronca, que ahí no hice nada, tendría que haberlo hecho... pero no se me dio de enfrentarlo ahí nomás... como que es revirado... Está enfermo... enfermo de la cabeza. No, no se sabe con qué puede salir... Ustedes tengan cuidado si hablan con él, no le crean eso que dice que va a limpiar todo... o que lo va a mantener... Es un sucio, un sucio, un sucio revirado. Si no lo hace por sus hijos... que viven enfermos... Las pobres criaturitas esas libradas a la mano de Dios. El más chiquito andaba anteayer en la calle con un nido de moscas en la cabeza. Tenía todo podrido pobre criatura... solito... y eso que apenas camina (...) A lo mejor ustedes puedan hacer algo para que deje de tener ahí... no sé, que traslade a otro lugar, lo que sea (...) No se aguanta más... los pollos

y gallinas, la suciedad... El olor no se aguanta... de una peste, una peste que no puede creerse (...) porque si no tiene para comida, que basura tira nomás ahí para darles (...) de moscas que levanta, moscas, moscardones, de esos verdes hay por todos lados.... Mosquito también, mucho mosquito se ve por la tarde... La basura atrae todo eso... Si le digo que el olor, el olor acá... porque ahí en medio les tira una pila de basura y de ahí nomás comen, no crea que le compra alimento balanceado, no... Toda la suciedad esa queda, no limpia nada, queda todo descomponiéndose al aire libre (...) que no se puede más vivir así, que no se puede...”

El PS trató de tranquilizarlo una vez más pero Alcides seguía muy angustiado y les pedía si podían traer a la policía o a alguien que sacara los pollos y la ‘basura’:

“Yo pensé en denunciarlo, porque está prohibido por ley. Por ley... está prohibido tener animales de cría, pollos, en esta parte del barrio, pero él los tiene igual. Yo sé que si lo denuncio capaz me puede pasar algo, no sé... porque es revirado... está enfermo de la cabeza”.

El PS volvió a calmarlo y le aclaró:

“Nosotros no podemos obligarlo a que saque las gallinas, tampoco podemos pedirle que las saque, ‘lamentablemente’ no podemos ayudarle con eso... Lo que sí podemos es ver el tema de los cacharros y los bebederos, que no se esté criando la larvita ahí y tratar de ‘ordenarlo’ un poco en lo que es la limpieza y el cuidado del patio. Pero para que le ‘saquen’ las gallinas... creo usted tiene que ir a hacer la denuncia. Acérquese al Centro de Salud o al dispensario y hable con la Trabajadora Social que está allá, que ella seguro lo puede asesorar mejor que yo con ese tema, porque yo no conozco bien cómo es ese procedimiento”.

Alcides pareció conforme con la recomendación y asintió con resignación. El PS le reiteró que volverían a pasar próximamente y se despidieron estrechándose las manos. El PS le dio unas palmaditas en el hombro y le dijo: *“Quédese tranquilo, quédese tranquilo...”* Alcides nos sonrió y contestó: *“Gracias muchachos y usted señorita por tomarse el tiempo para escuchar a este viejo”*.

El EM quedó muy impactado por todo lo que había sucedido en esos breves instantes. Por un instante se preocupó recordando que Alcides sufría de presión alta y del corazón, pero luego pasó a recordar lo que había visto por sobre la pared medianera: *“Lo que no entiendo es por qué tanto énfasis en los pollos, en los pollos y no dijo nada del chancho... que eso era una mugre también... peor!! y los perros...? Había como cinco de esos bichos en el patio... todos sarnosos y lastimados, llenos de moscas... Sabrá que hay un chancho ahí?”*

“Vaya a saber...”, le respondió el PS y siguió: *“A veces la gente sólo necesita ser escuchada. Parece mentira pero con un par de palabras ayudas a que puedan descargar su angustia”*.

Días más tarde, durante una mañana que me encontraba acompañando a la Agente Sanitario del ‘dispensario’ en sus recorridos habituales, nos topamos de frente con ‘el camión’ del vecino de Alcides, vecino que fue referenciado por ella como ‘el acumulador’.

El camión estaba casi apoyado sobre el suelo de tierra, vencido y colapsado bajo el peso de su carga. Multitud de objetos y de estructuras de metal oxidadas se apilaban desordenadamente sobresaliendo del techo. La imagen del camión desvencijado y maltrecho actuó como un catalizador que reveló espontáneamente ‘el conflicto’ que se había producido durante la epidemia, pero que venía de larga data, entre ‘el acumulador’, sus vecinos y los diversos actores institucionales/barriales que intervinieron para ‘resolverlo’. Conflicto que durante el brote epidémico había conllevado una *“importante movida por el temor al contagio del dengue (...) La casa se veía como el foco de la enfermedad, donde se había originado y se dispersaba”*; con juntada de firmas entre los vecinos, una denuncia policial y un equipo de salud interpelado/implicado por *“lo delicado y difícil de esa situación”*, para terminar reconociendo que hoy en día *“sigue todo igual”* y *“la gente se sigue quejando (...) las peleas y disputas por eso entre los vecinos sigue todo igual”*.

Mientras pasábamos frente a su casa la Agente Sanitario relataba:

“Esto no es nada... tenés que ver la casa adentro, está repleto de porquerías... Esta es una familia crítica, que tiene mucha basura... basura por todos lados. El marido es un acumulador... junta por juntar... Ese camión está lleno de porquerías, ves? Querés que nos acerquemos? Está abandonado hace tiempo... hace años que está este camión acá (...) Todos sus hijos tuvieron dengue... algunos de ellos estuvieron muy complicados, sí, muy complicados... Cuando los chiquitos se enfermaron de dengue... ellos acá fueron uno de los primeros que se enfermaron, eh?... que todavía no se sabía muy bien qué era... ya te digo que fueron uno de los primeros, sino el primero... junto con otros cuatro casos de familias que estuvieron todas entre las primeras, pero que no se sabía ahí que era dengue todavía, después se supo (...) Los chiquitos estuvieron muy mal... muy mal... Los chiquitos estuvieron internados... estuvieron bien delicados, viste? Ella [la mujer] lleva a los chicos al Centro en muy mal estado (...) Y... cuando se supo acá que tenían dengue los vecinos estaban todos muy alterados... porque ya te digo que acá tiene un juntadero de cosas impresionante... de no creer. Si había dengue acá, todos estaban en riesgo, no? Y efectivamente así fue. Sí, todos los de acá tuvieron dengue, acá estuvo la mayor concentración de casos, en esta manzana, viste? (...) Los vecinos estaban, sí, muy preocupados, hablaban así del problema entre ellos... venían al Centro y decían que estaban preocupados porque fulanito esto, fulanito lo otro (...) Sí, pero los vecinos todos te hablaban así pero no hacían nada... no hacían nada (...) Y qué se yo... por miedo a las represalias más que todo, por ahí no hacen nada por miedo a eso (...) Cuando se logró intervenir un poco en esto fue por una denuncia hecha por el Centro de Salud... por la gente misma que hizo las campañas del dengue. Tuvo que venir la policía a sacarle las cosas... era de no creer lo que sacaban de ahí dentro, de no creer (...) Sí, pero ya ves, sigue acumulando se nuevo... después que le sacan todo empezó a acumular de nuevo (...) y sigue todo igual”.

Descubrí que la situación de esta 'familia crítica' -como fue referenciada por ella- era bien conocida por todos los vecinos del barrio y en el Centro de Salud: *"Incluso salió en la televisión hace unos años"*. Me comentó que eran varias las intervenciones que se habían hecho, de entrar a la casa y *"limpiarle todo"* (en el sentido de tirar), que era un *"acumulador compulsivo 'de en serio' (...) le gusta coleccionar motores... y basura... de a paladas"*.

Sin embargo, aclaró: *"vos como trabajador tenés un límite de hasta dónde llegas..."*; refiriendo que *"más que eso no podés hacer (...) no podés cambiar a la gente, ni te podés meter en el medio cuando se amenazan a los tiros o arma en mano"*.

La situación que atravesaba esta familia aparecía como todo un reto con el que tenían que lidiar, ya que *"les gusta vivir entre la mugre... tienen esa forma, y no se la podés cambiar ya"*, señalaba con resignación el enfermero.

En este marco, los actores del sector salud descreen que las medidas preventivas que ellos sostienen logren cambios significativos y duraderos, como comenta la trabajadora social:

"la actividad puntual que hacés no sirve, porque no logra la profundidad necesaria (...) tenés los determinantes que atraviesan a estas poblaciones, que no tienen para comer... Hoy no tienen, mañana tampoco... o sea, si las condiciones, la base no cambia, lo económico no cambia... podés ir a la casa todos los días y va a haber basura igual porque es lo que garantiza la supervivencia de esa familia".

Una de las médicas profundizó:

"Te encontrás con esto... y bueno, es un escollo a cualquier acción que se quiera emprender desde lo preventivo territorial... con el dengue al rojo, al rojo vivo... olvidate de poder encarar alguna acción preventiva de dengue ahí, no podés (...) y no sólo porque quede librado a que te abran o no la puerta... sino porque si vas y hacés [limpiarle la casa], a los dos días tenés todo igual, como si no hubiésemos hecho nada... Toooooo un esfuerzo para nada, porque no tiene dos o tres cacharros... nooo, hay un sinfín de cacharro y cosa ahí que acumula agua (...)"

Entonces te planteas... nos planteamos... sirve? Sirve lo que hacemos? Sirve ir a limpiarle la casa al otro? (...) Y...no... no sirve. Llegas a la conclusión de que no sirve. Desmotiva un poco pensar la realidad así, pero es lo que pasa”.

El caso de este acumulador y su ‘familia (crítica)’, más allá de los motivos particulares que se refirieron, no es la única situación que se registró en el sector Nordeste del barrio Tablada. Acumular ‘basura’ en el espacio doméstico aparece como una constante en un entorno donde la mayoría vive de la recolección y clasificación de lo que otros -‘la gente bien’- desechan.

6.3. Control Focal o el foco en el control

Faltaban escasos minutos para que sean las nueve de la mañana pero aún no había llegado el grueso de los que fueron convocados para participar de la ‘jornada intersectorial’ de Control Focal.

La actividad estaba organizada por “*los referentes del Distrito Sur*” en las Áreas de Epidemiología y de Educación para la Salud de la Secretaría de Salud Pública, y habían sido invitados a participar los equipos de los Centros de Salud N°6 “Eva Perón” (Provincial) y “Luis Pasteur” (Municipal), trabajadores con anclaje territorial de las distintas áreas de Promoción Social⁸, Control de Vectores y estudiantes de la Facultad de Medicina. También estaban citados algunos referentes barriales y vecinos que se habían ofrecido a acompañar la actividad.

El lugar de encuentro obligado era la sede del Club “El Porvenir”, que había puesto a disposición sus instalaciones para organizar y llevar adelante la actividad. Ese Club se había transformado a lo largo de los años en un punto de referencia para las actividades preventivas de dengue en el barrio. Desde ahí “se

⁸ Entre las cuales figuraban: Programa Joven, Centro Crecer, Área de la Niñez, Proyecto Prevención en Adicciones.

hacia la previa antes de salir a patear la calle”, para volver una vez concluidas las tareas.

El interior era bastante espacioso y tenía algunas mesas sobre las que habían desplegado el material para repartir a cada equipo de trabajo. Los encargados de la institución se mostraban muy amables y predispuestos a colaborar en lo que hiciese falta. Mientras aguardaban a que se inicien las actividades, comenzó a funcionar una ronda de mates preparada por un grupo de trabajadoras que había llegado unos instantes atrás en representación del Centro de Salud. La conversación había estado rondando temas privados en una especie de sucinta actualización de la vida familiar, cuando de golpe una de ellas comenzó a molestarse porque se estaba dilatando el inicio de la actividad. Es en ese momento en que registré el siguiente intercambio entre una médica (M), una odontóloga (O), una administrativa (A) y una enfermera (E):

E: *“Todavía no llegaron?”*

M: *“No, no hay ni uno, ni uno...”*

A: *“Qué raro... no? [Irónica] Siempre lo mismo”.*

M: *“Lo mismo, sí, lo mismo”.*

A: *“Qué hora es?”*

E: [Mira en su reloj] *“Y... ya pasaron de las ocho y media”.*

A: *“Qué vergüenza... eso que están acá a media cuadra”.*

M: *“De no creer lo que se necesita para que esta gente se mueva...”*

O: *“Eso es lo que me da más bronca, viste? Porque eso es una falta de respeto al tiempo de los demás”.*

A: *“Totalmente... hay tantas cosas que hacer... y vamos a empezar tarde, seguro que esto arranca tarde...”*

E: *“Sí y nosotras como unas b. nos vinimos corriendo desde el Centro”.*

M: *“Sí, claro, pero es lo que corresponde, nos dicen a tal hora se hace y vamos a tal hora... nosotras cumplimos... Pero siempre pasa igual con esta gente”.*

E: *“Sí, total las b. sostienen lo que les corresponde también a ellos y se quedan hasta las mil quinientas... Mientras éstos a las 12 en punto están mirando el reloj para rajarse. Vas a ver que es así”.*

O: *“Y seguro... si sabemos que es así, de qué nos sorprendemos? Es así, qué le vamos a hacer...”*

Este diálogo enmarcaba una cuestión obvia, el malestar porque la actividad aún no había iniciado por culpa de ‘los impuntuales’/‘los irresponsables’. Esta situación no era novedosa ya que la había registrado con anterioridad en otras actividades preventivas del dengue. Las actividades organizativas de último momento o ‘la previa’ -como a veces solían decirle-, se extendían más de lo planificado, especialmente cuando eran muchos los actores implicados y debían articularse diversas áreas y dependencias. A este respecto, uno de los referentes de Promoción de la Salud comentaba:

“porque la gente es impuntual, entonces se los espera, se los espera un tiempo prudencial... no sé una tolerancia por decirte de 15 minutos está bien, a veces más. Pero resulta que cuando vos terminas de hablarle al grupo y más o menos los tenés organizaditos, te caen, no sé 20 más... y ‘tarde’...!! Y entonces... vos qué haces? ‘Vuelta’ todo desde el principio. Y tenés a 20 que sabés que más o menos te están escuchando y a los otros 100 en cualquiera, que ni yo mismo me puedo escuchar cuando hablo (...) Es más complejo todo cuando hay que articular en un trabajo conjunto, claro que es mucho más complejo... pero es inevitable... y necesario que lo tengamos que hacer. Para trabajar lo preventivo en dengue hay que sí o sí implicar a mucha gente que viene de distintos lugares y que trabaja bajo distintas lógicas...”

Pero además, los discursos de esas cuatro trabajadoras dejaban entrever la existencia de algunas tensiones subyacentes, que en este caso en particular implicaban a los equipos (y sus prácticas) de un Centro de Salud ‘municipal’ y otro ‘provincial’. Tensiones que había venido registrando recurrentemente y desde ambos lados, a lo largo del trabajo de campo.

La yuxtaposición del área de cobertura, la cantidad de trabajadores disponibles, el horario de atención, la población a la que ‘llegaban’, la ‘lógica de trabajo’, la evaluación de la calidad de la atención al público, el considerarse/los expulsivos o receptivos de la gente, la forma de atender la demanda espontánea,

hasta las condiciones y características edilicias entraban en una espiral comparativa que dejaba al descubierto dimensiones que históricamente habían enfrentado a esas dependencias, las cuales habían estado orbitando bajo tradiciones políticas diferentes hasta hacía muy poco tiempo atrás.

“Los mandos centrales son todos s. (...) o sea, son del partido que sube. Cuando cambia la gestión cambia eso... pero el resto no cambió, o sea, todos nosotros entramos con la gestión anterior, con el p. La mayoría en este Centro tiene mucha antigüedad, o sea, son personal de muchos años de trabajo ya, traídos por la gestión anterior, algunos están esperando la jubilación ya. Entonces se genera una mescolanza que a veces traba un poco que se avance en algunas cuestiones (...) obvio que el trabajo también se afecta, se resiente... no se articula como se debiera hacer... y la gente es la que lo paga” [Enfermero ‘provincial’].

“Los problemas están y de hecho las relaciones no son las mejores en términos de cordialidad y de trabajo conjunto... Se trabaja, se trabaja igual... pero hay roces, hay... no te digo ‘siempre’, pero hay... existen, es algo habitual” [Enfermera ‘municipal’].

Es durante las intervenciones intersectoriales en que la existencia de conflictos al interior de los equipos o entre grupos de trabajo de distintas áreas municipales y provinciales alcanzaba su expresión más nítida, poniéndose de manifiesto con mayor claridad las tensiones y malestares preexistentes.

La charla entre esas cuatro trabajadoras se interrumpió de lleno con la irrupción al Club de unos treinta estudiantes de la Facultad de Medicina que estaban cursando la electiva de Epidemiología. Llenos de entusiasmo buscaron abrirse paso hasta las mesas donde estaban los materiales. Enseguida los organizadores/‘referentes’ de dengue del Distrito Sur trataron de armar pequeños equipos para distribuir el trabajo territorial en las manzanas y áreas que habían sido seleccionadas desde Sala de Situación como de *“mayor riesgo para la proliferación del mosquito Aedes”*.

El estadístico explicó mostrando un plano a un grupo de profesionales y demás actores del sector salud: *“Esto que está marcado acá serían las*

manzanas y áreas que hay que volver a pasar porque el Monitoreo que se hizo hace poco dio mal, o sea, son zonas ya infestadas de Aedes o en riesgo de infestación por la proximidad a estas otras zonas donde ya hay circulación del vector”.

Una de las integrantes de Epidemiología agregó por lo alto desde el otro extremo del salón:

“A ver, a ver si me escuchan, vamos haciendo silencio... así terminamos de organizarnos. Ya armamos tentativamente los grupos para salir al barrio, la idea es que seamos cinco personas más o menos en cada uno de los grupos y que estemos un tanto mezclados para poder ampliar el alcance de lo que hagamos. Pensamos... eh... me escuchan por allá atrás? A ver ese grupito si me dejan terminar... Les decía que pensamos en que estuviera conformado por alguien de salud, algún integrante que venga de Promoción... al menos dos estudiantes que acompañen... si después llega alguien más se suma a los grupos que ya están armados y se sumaría también gente de Control de Vectores porque vamos a ofrecer la fumigación, preferentemente en el patio, por lo que me dicen los compañeros porque el producto es un poquito tóxico... o sea, que de fumigar adentro de la casa van a tener que salir un buen rato y cuando ofrecemos eso solemos avisar previamente así la gente se organiza para permanecer afuera un tiempo prudencial. [“¿Cuánto tiempo tendrían que estar afuera?” Pregunta un estudiante] Eh... Creo unas seis horas, puede ser? Después en todo caso vemos con detalle cómo sería en ese caso, porque son varios los recaudos que deben tomar. Ahora, [nombre del promotor de la salud] les va a comentar brevemente de qué se trata un control focal de dengue, que es lo que vamos a hacer hoy y mientras vamos a estar repartiendo las pecheras. Recuerden siempre quedarse con su grupo y no dispersarse que Tablada tiene algunas complejidades... aunque a esta hora es difícil que pase algo. Cuando terminen con las actividades pautadas vuelven para acá, no se vayan directamente sin antes pasar por acá”.

Los estudiantes ya habían tenido una instancia de capacitación previa en la Facultad, no obstante uno de los promotores improvisó una breve charla para ‘refrescar’ lo que se había hablado previamente y comentar cómo se trabajaría en esta oportunidad.

“A nosotros nos dan una clase antes de venir, donde explican todo esto. Lo de descacharrización, es lo de tirar cacharros... Esto de buscar los cacharros y tirarlos porque ahí se cría el mosquito. Pero es muy poco el contenido... diríamos básico, lo básico de prevención del dengue”, me comentó una estudiante.

Algunos vecinos y referentes barriales que iban a acompañar a los grupos se fueron acercando. Llegó también ‘la chata’ que fumiga y trabajadores de Control de Vectores que se quedaron afuera del club poniéndose el traje y llenando las mochilas con las que rociarían objetos y patios.

“Lo fundamental es garantizar que no haya cacharros, que no haya recipientes que acumulen agua de ningún tipo porque eso es el objetivo. Pero no va a resultar sencillo, hay que insistir con eso... que los tiren. Decirles que representan un peligro para su salud, para la salud de su familia. Comentar las medidas de higiene básicas para eliminar larvas y huevos, insistir también con eso. Si ven que hay resistencia a tirar los cacharros, volver a insistir sobre las implicancias de que se críe ahí el mosquito Aedes... si ven que no pasa nada, ‘bueno’ le dicen, ‘lo puede dar vuelta, tapar, rellenar con algo...’ en fin... Vean las distintas alternativas, a ver cuál resulta mejor. Pregunten por qué no quieren tirarlo también, quizás es porque no pueden solos, necesitan una ayuda, alguien que les dé una mano... Es importante ayudar al descacharrado, colaborar de forma activa digo, poniendo el cuerpo. O sea, si ven la oportunidad de descacharrar en profundidad no la dejen pasar, que como viene la mano estamos al borde de un brote en toooda esta zona, está de terror con el bicharraco este. Recuerden que va a estar pasando el camión más tarde así que pueden decirle a los vecinos que dejen todo en el volquete más próximo o enfrente de la casa si les resulta difícil trasladarlo hasta el volquete, que van a estar pasando más hacia la tarde para recolectar todo” [Promotor de Salud].

Terminada la charla le entregaron a cada uno de los equipos los materiales pautados para el desarrollo de la actividad: mapa de la zona con las viviendas seleccionadas para las ‘visitas domiciliarias’, folletería en prevención de dengue, fichas para la búsqueda de febriles en terreno, larvicidas biológicos y sus correspondientes instructivos⁹ (Figura 29).



Figura 29. La ‘previa’ en el Club ‘El Porvenir’

Esta vez acompañé hacia los puntos asignados a un equipo conformado por una médica, un promotor de la salud, dos alumnos de medicina, la encargada de uno de los comedores del barrio y un operario de Control de Vectores. Caminábamos junto a otros dos equipos rumbo a los lugares estipulados. Uno de ellos bromeó: *“Hoy salimos en patota”*. La enfermera comentó casi susurrando:

“Esto nos precariza más, porque en vez de ‘contratar’ o mejor dicho ‘emplear’ a más trabajadores... Porque muchos compañeros siguen contratados mil años acá... y mirá que dejan la vida en el barrio...”

⁹ En el Anexo se incluyen los Instructivos de los larvicidas biológicos que se entregaron durante el operativo: a) *‘Introban’* - Anillos de Liberación Constante; y b) *‘Bactivec’* - Solución Líquida.

Convocan a 'chicos' que tienen una formación mínima para hacerse cargo de estas tareas”.

La trabajadora social que alcanzó a escuchar agregó en tono jocoso “El ejército de reserva de salud”. La enfermera siguió:

“Sí, está bien... no digo que bueno, se puede aprovechar y hacer una experiencia de trabajo territorial aquí... pero... ponele que tengan una instancia en que realmente se formen, es muy poco lo que le dan... y me han tocado algunos que realmente daba miedo dejarlos solo, de las metidas de pata... de las formas en que hablan y se dirigen a la gente... Están muy tiernitos y los largan... está bien, son mano de obra gratis”.

De fondo se veía a ‘la chata’ exhalando el ‘tan esperado humo blanco’. Por la otra esquina, personal de Parques y Paseos trabajaba desde temprano desmalezando ‘la placita’. Otro grupo de operarios con guantes e improvisados barbijos de tela, acumulaban en una pila la basura dispersa en torno a un desvencijado volquete. Cerca de ellos aguardaba una grúa para levantar los residuos y atrás un enorme camión de recolección. “*Tratan de recuperar ese espacio verde*”, aclaró un enfermero. “*Lástima que no dure... La gente no cuida, hay que estarle encima para que se mantenga en el tiempo*”. La odontóloga agregó:

“Ese humo calma los ánimos generales, tranquiliza más a la población que cualquier cosa que hagamos. Por eso me gustó la propuesta de hoy, que tenés algo para ofrecer, la fumigación. No llegás con las manos vacías... Es más fácil entrar a la casa si tenés algo que ofrecer. Además, con la fumigación entrás y ves todo, las condiciones de vida, la casa, el patio... pero también los patios anexos, de los vecinos que están renuentes a abrirnos la puerta”.

Los ruidos de máquinas súbitamente se mezclaron hasta perderse con una melódica voz en off que provenía de una tráfico de Comunicación Social, describiendo la enfermedad y explicando cómo prevenirla: “*Al mosquito, ni una*

gota de agua. *Entre todos podemos prevenir el dengue*”, terminaba el ciclo para reiniciar.

“El reforzamiento de fondo es maravilloso. El mensaje es claro...” dijo la odontóloga con referencia al anuncio preventivo. *“Para taladrarles bien la cabeza”*, bromeó otra. *“Le están dando con toda”*, siguió un tercero, *“Sacaron toda la artillería pesada”*. *“Es que se viene... se viene...”*, tarareó otro. La médica sintetizó señalando las distintas intervenciones:

“Esto es lo que la gente ve como la panacea de todos sus problemas. Que el Estado diga presente y tome las riendas... Digo, mostrar qué se está haciendo también puede ser una estrategia, digo en términos efectistas... y más allá de lo que efectivamente se logra que es sanear algunos espacios emblemáticos. Por ahí si no arranca con este puntapié al inicio... o sea, previo a que les toquemos la puerta, es difícil lograr el cambio de hábitos y toda la modificación que se pretende adentro de la casa, en una única visita”.

Hablando con la epidemióloga que acompañaba a otro de los equipos me comentó: *“Esto es lo que se dice una estrategia de saturación, donde ponés todos los recursos juntos para un trabajo específico de control y contención de la situación, previo a que se decrete un brote de dengue”*.

Habíamos avanzado hasta casi la mitad del recorrido, encontrando un gran lavadero de autos que insumió bastante tiempo de ‘limpieza’, dos casitas de ‘familias bien’ y una zona de ranchos precarios sin agua potable en su interior. Varios acumulaban agua *“porque sí”* como expresaron muy sucintamente, pero en realidad no tenían *“agua buena para tomar”*. Habían llevado larvicidas en gotas y en anillos para colocar dentro de los recipientes con agua y les había insumido bastante tiempo calcular ‘a ojo’ las cantidades a colocar según la capacidad del reservorio y/o cantidad de líquido que efectivamente se albergaba:

“Es difícil va... lleva su tiempo el calcular... No hay información que indique, por decirte eh... esto tiene 10 litros, pero yo siempre lo lleno 8, ponele que te diga el vecino... Entonces el cálculo de lo que hay que colocar eh... la dosis como se dice... queda más simple hacer ese

cálculo, o sea, sólo calculas la dosis, que eso ya me resulta difícil... pero te evitas el cálculo o sea la relación entre cuánto tiene en realidad de agua un tanque y cuándo larvicida tenés que colocar” [Promotor de la Salud].

Llegamos a una casa de material, algo despintada y antigua pero en buen estado que ocupaba toda la esquina. El promotor señaló: *“en teoría es ésta acá, teníamos que tomar este pedacito y sí, es ésta...”*. La médica manifestó: *“Qué bueno...!! Una de material...!! Porque me parece venimos retrasados respecto a otros grupos. Acá seguro no renegamos, estamos dos segundos y listo (...) es una casita bien, acá no tenés juntadero ni todos los problemas que llevan su tiempo”*.

De golpe cruzó la calle un vecino que venía siguiéndonos con la mirada y preguntó: *“¿Va a pasar la chata?”* *“Sí, sí... pero más tarde... Está fumigando en otra zona ahora”*, le contestó la médica. Pareció complacido con esa respuesta y se retiró nuevamente a la vereda de enfrente.

Reanudada la actividad pautada, golpearon la puerta -el timbre parecía estar roto- y luego de un momento salieron a recibirnos amontonados en el hueco de la mirilla tres chiquitos adormilados de unos 8, 6 y 4 años. Les preguntaron si estaban con un mayor y volvieron al poco tiempo junto a su mamá, María.

Una de las estudiantes se presentó: *“Hola... Buen día! Estamos trabajando en prevención de dengue. No sé si vos tenés algún patiecito... eh, porque estamos entrando a los domicilios a ver si tenés algún recipiente y otras cosas que te acumulen agua con la posibilidad que tengan larvas... y ofreciendo también la fumigación del patio”*.

María acepto con un gesto y abrió la puerta. Entramos a la casa y a todos les sorprendió encontrarse con un espacio amplio, descuidado y prácticamente desprovisto de muebles y decoración, sólo había dos pilas de diarios y revistas viejos, algunos juguetes rotos, mantas en el piso y una mecedora bastante deteriorada frente a un televisor apoyado sobre cajones de frutas. Tenía a una beba de unos dos meses dormida en un coche de paseo, mientras cargaba a otra de unos dos años. Los tres chiquitos correteaban alegremente señalando la ruta hasta el patio, mientras sus cinco perros ladraban y saltaban. *“Los despertamos che...”* bromeó el promotor; mientras la médica les preguntó *“¿Hoy*

no van a la escuela?”. María dejó los chicos un instante con nosotros mientras con la beba a upa arrastró a uno de los perros ‘malos’ hasta una pieza para encerrarlo: *“Ese muerde”*, aclaró cuando volvió, mientras revisó que su otra beba siguiera dormida. *“Tené cuidado con los chicos”*, señaló la médica; *“No sea cosa de que los ataque... Mirá que es grandote...”*.

Ya en el patio el equipo de salud pululaba a pleno, buscando los cacharros e indicándole cuáles había que tirar o dar vuelta y cómo limpiarlos. María permaneció inexpresiva y algo distante mientras el equipo le explicaba de qué se trataba la enfermedad y ‘cómo podía ella ayudar a prevenirla’. Parecía tímida y retraída, hablaba muy poco, monosilábicamente y como susurrando las palabras.

Los estudiantes encontraron un grupo de plantas en agua, sobre una mesa precariamente armada y sostenida con latas (Figura 30). Previa consulta con la médica y con el ‘consentimiento’ silencioso de María, se dispusieron a vaciar los ‘cacharros’ en una rejilla, delegándole a María la tarea de rellenarlos con tierra o arena. Desarmaron también la mesa con la ayuda del promotor y buscaron una madera para equilibrarla entre una pila que tenía en una esquina cerca del asador y otra para reemplazar la tabla superior que ‘estaba podrida’.



Figura 30. Tareas de ‘descacharrado asistido’

El patio era largo y angosto, y conformaba una estructura que nunca había sido terminada que combinaba un sector de carpeta de material junto a un amplio piso de tierra, totalmente recubierto de residuos, entre ellos muchas tapitas de gaseosas. *“Esta gente cirugea”*, aclaró con obviedad la médica.

“Hay millones de cacharros, tapitas y latitas aquí”, señaló el promotor de la salud, al tiempo que se instaló con dos de los niños más grandes para ‘descacharrarlo’ proponiendo juegos: *“A ver quién encuentra primero una tapita de color rojo...!!”*; y explicando: *“¿Ustedes saben dónde pone los huevos la mosquita?”* (Figura 31).



Figura 31. *Pedagogía y ‘descacharrización asistida’*

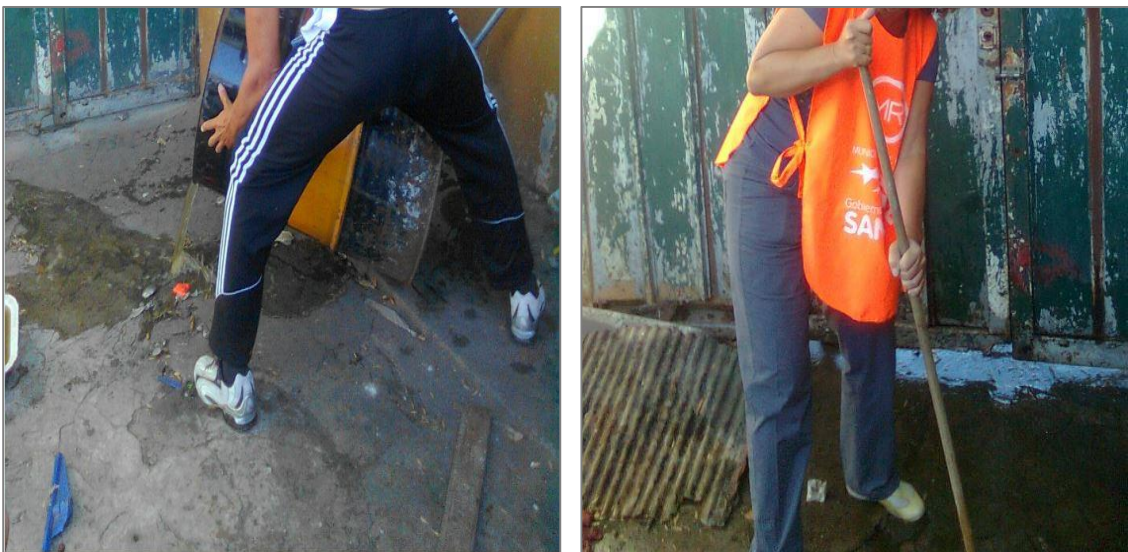
La médica le comentó a María:

“No te preocupes que nosotros vamos a ayudarte a descacharrar, porque hay bastante acumulado y con los chiquitos se te va a complicar la limpieza... Vos sos sola? Estás en pareja? Te pregunto para ver si hay que ayudarte a mover algo pesado... Por ejemplo, estos dos tachos que tenés acá, qué son...? Mejor dicho, para qué son...? Vos juntas agua para tomar acá...?”

María respondió: *“Era cuando mi marido se puso a lavar autos”*.

“Ah... y sigue trabajando de eso...? Se pueden tirar? Te lo pregunto porque viendo el agüita que tienen y... es casi probable que estén infestados de huevitos y larvitas del Aedes”, siguió la médica; mientras María largo un lacónico: *“No sé”*.

“Bueno, todo lo que no te sirva lo tenés que tirar y sino higienizar bien los bordes donde pueden estar los huevitos”, le dijo y pidió ayuda para vaciar los tachos, volcando el contenido hacia la calle (Figura 32). No teniendo en cuenta la cantidad de líquido almacenado y que debido al sentido de la pendiente no escurría para afuera de la casa, el agua comenzó a volverse en dirección al patio de tierra donde estaba el ‘juntadero de basura’. Entonces, agarró la escoba que estaba apoyada sobre la pared para barrer el agua hacia afuera de la casa (Figura 33).



Figuras 32 y 33. Vaciado de tachos

El promotor que hasta ese momento estaba en la otra punta del patio se acercó a hablar con María: *“Mami, vos arrancá un fin de semanita y esto lo tenés todo limpito para el lunes. Hay que ponerse eso sí, con ganas... con muchas ganas. Tenés alguien que te ayude a limpiar esto? Podés pedir ayuda a alguien? Alguien que te mire los chicos al menos...?”*

María negó con la cabeza y luego agregó en voz baja *“Capaz que sí, pues”*.

“Bueno, la idea es que el patio y la casita queden bien limpios, sin ningún cacharro, sin macetas, eh... ni nada que te junte agua... Tené en cuenta que este mosquito hasta en una tapita te pone los huevitos, así que bueno... Viste que tenés estos tachos en el patio... Bueno, esos habría que tirarlos también si no lo estás usando, sobretodo porque te está acumulando agua y larvas también hay, digo, se están criando los mosquitos ahí en el agua. Los vimos recién con mi compañera. Entendiste? Te queda más o menos claro? Hay mosquitos adultos también, estaban revoloteándonos allá” [Promotor de la Salud].

Sin darle tiempo a responderle, la médica continuo: *“Mirá que es muuuuy importante que hagas esto, sobretodo una limpieza a conciencia... Fijate vos ahí yo vacié estos dos tachos con mi compañero, los dejé dados vuelta para que no junten agüita. Vos tiralos hoy o mañana sin falta que son un riesgo importante para tu salud y la de tus chiquitos”*.

El promotor siguió hablando y luego preguntó: *“¿Y ese tanque que está en el techo? Tenés agua corriente? Es para tomar esa agua?”*

María respondió que el agua le llegaba a la casa por ‘la canilla’, que ese tanque no lo estaba usando, tenía ‘otro que estaba más atrás’. En ese momento la beba lloró fuerte desde dentro de la casa por lo que María fue a atenderla a toda prisa.

El promotor trepó la pared para ver el tanque y colocó larvicida en forma de anillo en su interior, ya que comentó tenía la tapa rota y estaba lleno de ‘agua de lluvia’ (Figura 34).

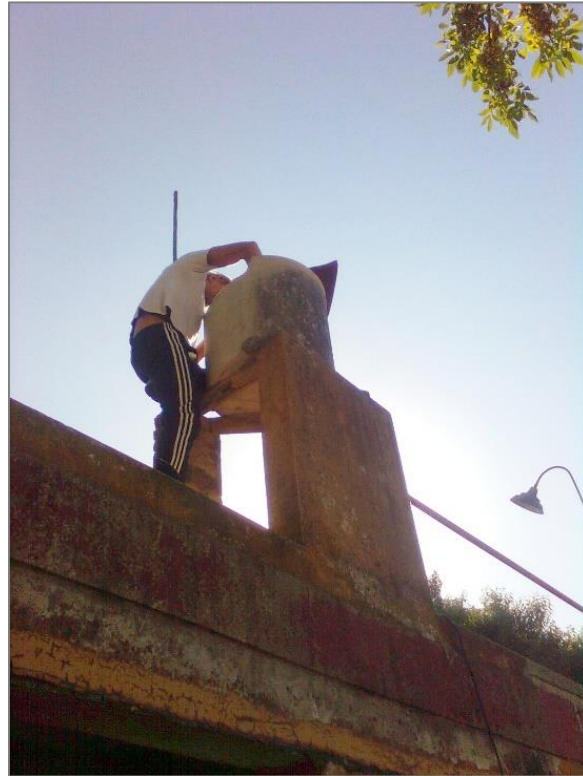


Figura 34. *Colocando larvicida*

Mientras continuaban revisando el techo y ‘descacharrando’ en el patio fui a conversar con María, que le estaba terminando de dar el pecho a su beba. Me contó que tenía 25 años y había llegado de Paraguay con su marido y tres de sus niños hacía más de dos años. Se habían instalado en dos barrios distintos de la periferia de la ciudad, haciendo changas en las huertas y en la construcción, hasta que pudieron alquilar esta casa con la ayuda de un conocido. Aquí habían logrado ‘encontrar un lugar’ y recuperar la ‘esperanza de una mejor vida’. Pero hacía unos siete meses que su marido había tenido que regresar a su ciudad natal por la enfermedad de su madre y no había podido volver porque no tenía quién se ocupara de ella, en ese momento hospitalizada, ni tampoco dinero para el pasaje. María, estando embarazada y con la otra beba de un año, se quedó subsistiendo de las esporádicas ayudas económicas que le brindaba una tía y de las raciones que conseguía en el comedor del barrio. Le pregunté qué pensaba de las ‘campañas de prevención del dengue’ y de la ‘visita domiciliaria’ que había recibido. Me contó que donde vivía ella *“hay mucho enfermo de eso”* y que abrió la puerta y los recibió porque tenía ‘miedo que la echen’, ‘que la denuncien’ porque era de Paraguay y no tenía ‘los papeles’ hechos o porque

estaba debiendo el pago del alquiler, aclarando que no estaba usurpando la casa. En realidad lo que ella quería saber era si podía llevar a vacunar a los niños a la 'salita', si la iban a recibir.

Volvimos al patio, donde el promotor le comentó lo que había hecho:

“En el tanque de arriba coloqué un producto para que no se críe el mosquito (...) Tiene la tapa rota... así que bueno, habría que, o ponerle un buen cerramiento de algún material resistente, nylon... o deshacerse del tanque, fijate qué te conviene más... Acá te dejo un liquidito que en caso que necesites guardar agua para tomar, le colocás este producto y te quedás tranquila que no vas a tener mosquitos, aparte es un producto totalmente inocuo, para los humanos y para los perritos también... Fijate acá las instrucciones para calcular cuánto echarle”.

En el patio los estudiantes continuaban registrando información en las planillas y vaciando/acumulando 'cacharros' para tirar, mientras la médica y el promotor de la salud charlaban: *“Che, no ves que está sola esta piba? Cómo querés que tire los tachos éstos y el resto de los cacharros? Por qué no le decimos que los deje afuera de la casa nomás? Si pasa el camión y los levanta en un toque”.* La médica respondió: *“Y vos tenés la seguridad de que pasa...? Porque si tenés la seguridad le decimos... Yo no pongo más las manos en el fuego por ellos, la otra vez no pasaron y a la gente le quedó todo afuera y fue peor, mucho peor... y aparte quedamos mal nosotros”.*

Acordaron no decirle de sacar los tanques y concluyeron que: *“mucho ahí ya no podemos hacer (...) habría que haber traído unos buenos guantes de faena para meter mano tranquilo y tirar todo lo que junte agua”.*

La médica le dejó 'un papelito' que contenía información preventiva y le preguntó si alguno había tenido fiebre en las últimas semanas/días. Antes de despedirse le dijo: *“Bueno, ahora va a entrar el muchacho encargado de fumigar el patiecito. Por un rato no salgan al patio, los bichitos tampoco, eh...?”*

Se despidieron y entró a la casa el fumigador, que hasta ese momento se había quedado afuera esperando con la referente del comedor. Sólo se puso uno de los guantes, mientras el barbijo le colgaba como si fuese una bufanda sin

cumplir ninguna misión, y comenzó a rociar todo el patio; era un trabajo preciso pero rápido.

Mientras esperábamos vuelva el fumigador, la responsable del comedor comentó como al pasar:

“Esta gente no está alquilando, no, no... Esta casa era de una señora ya mayor que falleció hace un par de años... Más o menos en la época que se instalan... Seguro la vieron vacía y la ocuparon, y para no perderla ella se quedó. Ahora está sola con esas cinco criaturas en las condiciones que ustedes vieron... El marido... y... yo no sé si vuelve...no sé, me suena que la dejó acá a la pobre (...) No se podrá hacer algo? Buscarle alguna ayuda? Vienen al comedor todos los días. Por lo que me comentó una vecina de ella, tiene miedo que la hagan volver a su país, que la fuercen... No quiere volver porque allá era todo peor...era una vida dura... Por eso no va a atenderse ni a la salita. Honestamente, no sé dónde dio a luz a esa criatura”.

Antes de partir rumbo al próximo destino, una de las estudiantes refirió:

“Cuando ves la casa de afuera no te imaginas cómo estaba adentro, o sea, las condiciones eran malas, muy, muy deteriorada, muy sucio... muy descuidado todo... Me dio lástima ver a esos cinco chiquitos y a esa pobre mujer, no era mucho más grande que yo... Tendría mi edad? Es muy triste, te da como impotencia”.

Concluyendo este apartado, se puede señalar que la preocupación por el saneamiento doméstico apareció como uno de los ejes centrales sobre los que se asentaron las intervenciones preventivas que se realizaron en Tablada durante el año 2011.

Es en el marco de las relaciones sociales que se entablan entre los actores del sector salud y los vecinos/pobladores de Tablada en que los términos de hegemonía y subalternidad adquieren su real dimensión; en términos teóricos pero también práctico-ideológicos/políticos, donde lo oculto y lo ocultado se manifiestan y tensionan de diferentes formas. El saneamiento doméstico se

transforma así en un dispositivo destinado a disciplinar las pobrezaas en sus diferentes formas (Foucault, 2003).

Las intervenciones operaron bajo una lógica epidemiológica centrada en la causalidad y desarrollo de la enfermedad del dengue, interpelando a los sujetos y grupos sociales en aquellos aspectos referidos a su modo de vida, a sus características socioeconómicas/culturales y a las condiciones infraestructurales y edilicias de sus viviendas. De esta manera, el sector salud sostuvo medidas de salubridad e higiene puntuales que buscaron reducir radicalmente la posibilidad de ocurrencia de un nuevo brote de dengue.

En este marco, muchos actores del sector salud referenciaron que estas acciones les resultaron ajenas a su racionalidad profesional y ocupacional, y que se vieron 'forzados' o 'compelidos' a actuar de formas 'inéditas'/'violentas', careciendo de la posibilidad de 'negarse a hacerlo'.

Pero además, estas intervenciones no estuvieron exentas de tensiones al interior y entre los equipos de salud, fundamentalmente porque las disciplinas médicas que devinieron hegemónicas se han configurado en torno al núcleo de la práctica clínica, esto sería la atención y la curación de sujetos 'individuales'. Mientras por otra parte, en nuestro medio históricamente se ha secundarizado el enfoque epidemiológico, cuyo núcleo se desenvuelve en torno a la prevención de las enfermedades y al estudio de los determinantes de los procesos de salud/enfermedad a nivel poblacionales (Menéndez, 2009). Esto se visibilizó claramente en la falta de recursos -materiales y humanos- de que dispone el Área de Epidemiología, que ante una situación de 'emergencia'/'alerta' debió *"echa[r] mano a lo que venga... como manotazo de ahogado"*.

Y con esto no se debe dejar de lado una cuestión que resulta fundamental, que el saber biomédico, incluida la epidemiología, se preocupó por las condiciones de higiene, por el saneamiento, por el aprovisionamiento de agua, entre otros determinantes que podrían estar interactuando en la existencia y persistencia del dengue a nivel local; pero *"que no sólo eran referidos a condiciones bioecológicas sino a una amalgama de procesos que incluía las situaciones de miseria junto con explicaciones e intervenciones sobre (...) la génesis y transmisión de enfermedades, y que en ambos casos refería a las condiciones socioculturales del proceso salud-enfermedad-atención"* (Menéndez, 2009: 77).

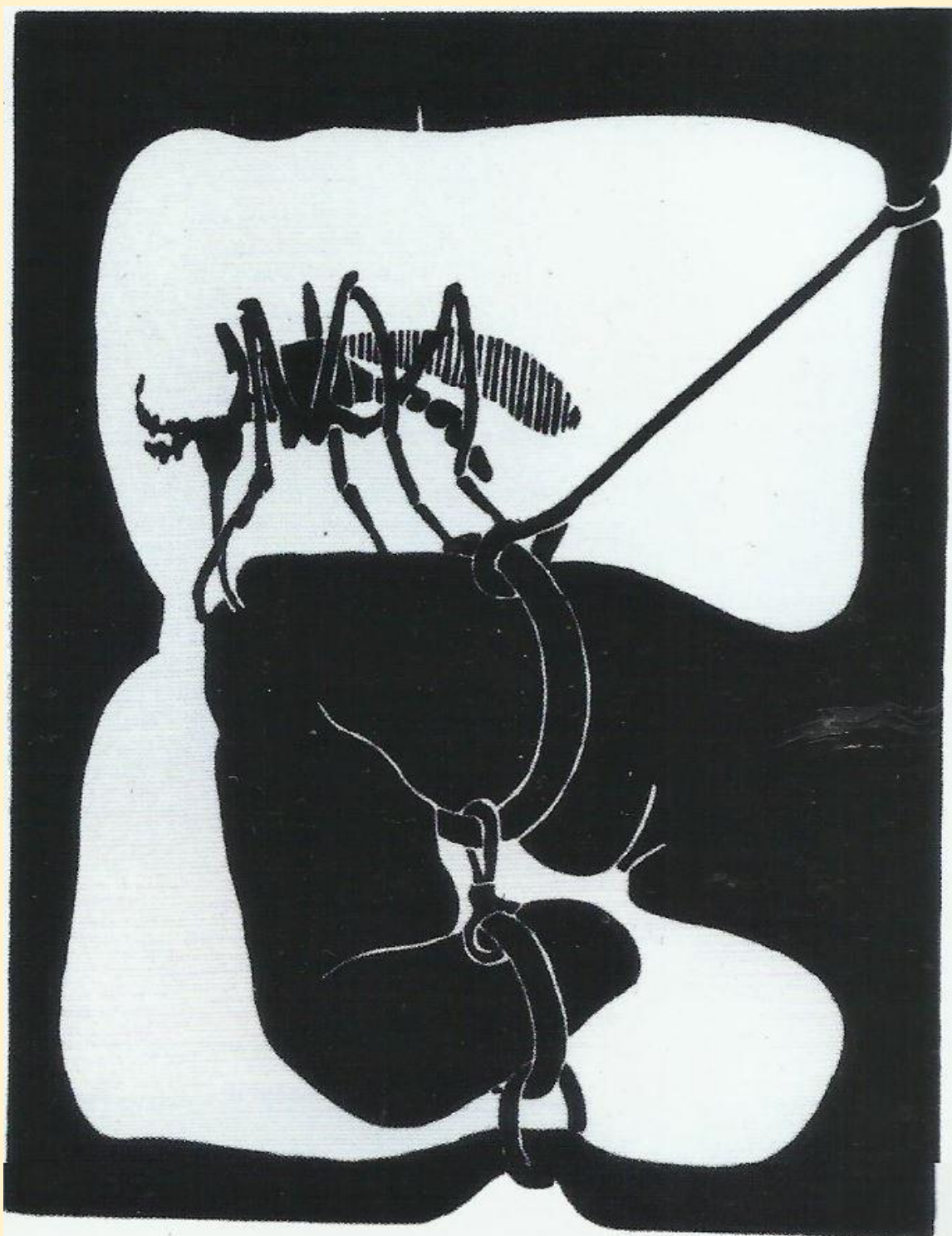
De esta forma, gran parte de la lógica de trabajo, del contenido y de la técnica puestas en juego durante las ‘visitas domiciliarias’ no se condicen con los modos aprendidos ‘en la Facultad’¹⁰ y con lo que se podría llamar la ‘práctica tradicional’ de trabajo territorial, que es la dominante en el sistema de salud. No obstante que amparados en la hegemonía instituida (e instituyente) del saber biomédico, también observen las ‘condiciones de la vivienda’ y los ‘modos de vida’ de los sujetos y grupos familiares. Subrayando que con el verbo ‘observen’, no sólo se hace referencia al mero acto de ‘mirar’, sino también a aquel que también ocurre ya sea explícita, o bien, tácitamente, de ‘señalar’ –a veces moral e ideológicamente- con la intencionalidad de que ocurra algún cambio. Esto es, que los sujetos o los grupos sociales modifiquen determinada situación o conjunto de situaciones que pueden estar afectando su salud, en base a la transformación de conductas o de comportamientos/hábitos evaluados como ‘de riesgo’ para la proliferación del vector y del virus, a través del ‘esfuerzo’, de la ‘voluntad’ individual de lograr algún cambio en ese sentido.

En última instancia, este tipo de medidas y soluciones de tipo eco/biológico y de salubrismo selectivo impulsadas desde la epidemiología, pueden evidenciar cierta eficacia en el control y contención del dengue, pero no alteran las situaciones de pobreza, es decir, las condiciones estructurales históricas que se conjugan para generar esta y otras enfermedades que constituyen permanentes o circunstanciales amenazas a la vida.

¹⁰ Fundamentalmente entre los equipos de los Centros de Salud. Habría que analizar el impacto de la actual participación ‘voluntaria’ de los estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. En este punto no puede dejar de notarse que hay un componente transaccional obvio donde se permutan ‘horas de cursado’ (las horas de trabajo territorial se multiplican en relación a las horas intramuro) por trabajo ‘*ad-honorem*/voluntario’ sostenido bajo la justificación del ‘plus’ obtenido por la práctica en lo vinculado al proceso enseñanza-aprendizaje y a la ‘intervención concreta’, ya que para la mayoría constituye “*la primera vez en un barrio* [‘pobre’]”. Habría que analizar también cómo la inclusión de estos estudiantes puede incidir, o no, en el incremento de las situaciones de vulneración, exposición y/o fragilización de subjetividades históricamente ninguneadas, campos de laboratorios y de prácticas.

CAPÍTULO 7.

NOTAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN EL BARRIO TABLADA



«El Picatón» de Julián Usandizaga

CAPÍTULO 7. NOTAS SOBRE LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN EL BARRIO TABLADA

“La dejadez de la gente te impresiona, o sea, saben que está esta enfermedad pero no han cambiado nada, tirado nada, limpiado nada... Es todo una mugre, un abandono, un estado de inercia que te paraliza... ¿Prevención...? ¿De qué prevención te hablo?” [Enfermero]

El sector salud comenzó a considerar a Tablada como el *“termómetro de la situación de dengue en Rosario”* a partir de la epidemia que se produjo en el año 2009. Este barrio, donde se había registrado cerca del 58,54% (48/82) de los casos de dengue autóctono que se produjeron en la ciudad (SiME, 2009a), se configuró como *“una de las zonas de riesgo más importante, (...) en la ciudad y... en el Distrito Sur. Es donde más casos de dengue hubo en el 2009”*.

Este nuevo sentido de Tablada como *‘zona de riesgo’*, se deslizó desde la epidemiología y operó reforzando concepciones previas de los equipos de salud que desarrollaban sus actividades en el barrio, en donde las significaciones de *‘zona de riesgo’* aparecían ligadas a las *‘violencias’* sentidas y/o manifiestas y a las consiguientes dificultades/inseguridades que vivenciaban para sostener cotidianamente las prácticas territoriales.

Desde una perspectiva epidemiológica, esta construcción discursiva se circunscribió a la posibilidad de ocurrencia de un nuevo brote de dengue en Tablada, en un marco en que las condiciones y modo de vida de los sujetos y grupos sociales aparecían como *‘ideales’* para la proliferación del mosquito *Aedes*.

El reconocimiento de la complejidad de los problemas asociados al dengue y de la necesidad de implementar acciones de difusión de la información, de

educación en salud, de saneamiento ambiental básico y de sensibilización de la población, se produjo en un contexto que fue descrito como de ‘ausencia de recursos económicos y humanos’ para hacer frente a las necesidades y demandas de los vecinos.

Las prácticas en prevención y control de esta enfermedad se priorizaron en Tablada, aunque las intervenciones se han caracterizado por ser discontinuas y acotadas fundamentalmente al período estival y a las situaciones epidemiológicas/entomológicas definidas como de ‘urgencia/emergencia’. A este respecto, durante el año 2011 los equipos de salud realizaron tres acciones puntuales de prevención del dengue en el barrio: el ‘Taller de Dengue, Alacranes y Roedores’; el ‘Monitoreo del Índice Larvario de *Aedes aegypti*’; y el ‘Control Focal’.

Estas actividades tuvieron como propósito central impedir/limitar la proliferación del mosquito *Aedes aegypti* y consecuentemente del virus, a través de la interrupción de su ciclo biológico en la fase larvaria. En este sentido, se enfatizó la necesidad de eliminar los criaderos y los potenciales criaderos de los espacios privados/domésticos, a través de la eliminación/control de los reservorios donde colocaban sus huevos. De esta manera, se mantuvo una concepción preventivista de la enfermedad del dengue que accionó medidas de saneamiento concretas con el propósito de limitar/eliminar la posibilidad de ocurrencia de nuevos brotes. Las intervenciones se basaron en el postulado, delineado y sostenido por la Secretaría de Salud Pública, de que el dengue constituía básicamente “*un problema de saneamiento doméstico*” y que “*con pocos recursos y un mínimo de esfuerzo, los miembros de cada familia pueden evitar el problema*” y el riesgo de contraer la enfermedad (SiME, 2009b:5).

En este marco, la prevención¹ pasó a ser entendida como el conjunto de acciones de detección, contención y control de las diversas causales relacionadas con la propagación y persistencia del dengue en el barrio. En este sentido, “*su base es la enfermedad y los mecanismos para atacarla mediante el impacto sobre los factores más íntimos que la generan o aceleran*” (Buss, 2008: 40).

¹ Prevenir implica preparar, disponer con anticipación, evitar e impedir, en este caso en particular un daño o perjuicio a la salud individual y poblacional (Czeresnia, 2008).

Esta concepción, basada en el conocimiento epidemiológico moderno, apareció vinculada con la vertiente tradicional de la medicina preventiva que aborda los problemas de salud de la población a través de acciones en prevención² y de educación en salud (Czeresnia, 2008). En este caso específico, las acciones implicaron intervenciones concretas en los espacios familiares/domésticos y ‘charlas de concientización’ basadas en la divulgación de información médico-científica y de recomendaciones normativas. ‘Recomendaciones’ que enfatizaron cambios de comportamientos/hábitos y modos de limpieza adecuados de los hogares y patios.

El “*Taller de Dengue, Alacranes y Roedores*” se originó en la preocupación de los referentes del Distrito Sur en Educación para la Salud y en Epidemiología, por lo que consideraron un ‘descuido’ o ‘postergación’ en el inicio de las actividades de prevención del dengue en el período cálido 2010/2011.

El propósito central de estas ‘charlas de concientización’ era informar acerca de la problemática del dengue, pero como se evaluó que había un cierto desinterés y/o apatía entre la población de Tablada acerca de la temática, se configuró “*el combito*” o “*el combo*” dengue-alacranes-roedores, para motivar la concurrencia y la permanencia en la actividad. En este sentido, los equipos de salud señalaron que: “*Los vecinos no ven al dengue como un problema... vos les hablas sobre la necesidad de que sean limpios, de tirar los cacharros (...) que no se junte basura donde puedan poner los huevitos, y te salen con todo el problema de las ratas... y sino con los alacranes*”.

Si bien en la adopción de esta modalidad operó una lectura de las necesidades y demandas en salud de la población del barrio, los actores del sector también reconocieron que: “*la prevención de dengue se presenta como una oportunidad... de hacer algo con todo un conjunto de problemas y de enfermedades (...) y transmitir a los vecinos que tomen conciencia de que hay que ser limpios e higiénicos*”.

Con referencia a esto, resultó notorio en los discursos el énfasis dado a la ‘*falta de higiene*’ y a lo ‘*sucio*’ como condiciones suficientes para la reemergencia

² Las acciones preventivas se definen como “*intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominancia en las poblaciones (...) su objetivo es el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo*” (Czeresnia, 2008: 54).

del dengue, en un contexto que resulta paradójico en lo referente a esta enfermedad, ya que este mosquito se cría en recipientes limpios, e incluso con bajo tenor de materia orgánica. En este sentido, estas aseveraciones aparecían contrastando abiertamente con la idea también enunciada con recurrencia de que *“el Aedes es un mosquito bien limpiito... no va y te pone sus huevitos en cualquier lado... No, no, no... bastante delicadito resultó ser este mosquito”*.

De cara a este enunciado afloraban sujetos y conjuntos sociales, ‘vecinos’, que portaban para estos actores del sector salud los atributos de suciedad, mugre, dejadez; atributos que eran trasladados unívocamente a sus espacios domésticos, privados.

En el trasfondo de dicho enunciado se encontraban operando concepciones punitivas y moralizantes que atribuían o responsabilizaban a los propios sujetos/‘vecinos’ de sus condiciones de vida; condiciones que están fundadas principalmente en las desigualdades socioeconómicas que son estructurales e históricas y que de ninguna manera remiten a la voluntad más o menos aleatoria de que *“se pongan las pilas y limpien un poquito su casita, que no pueden vivir así”*, o bien, *“esto se soluciona simple con un poco de limpieza”* y *“de que sean un cachitín más higiénicos”*.

El empleo de un discurso pedagógico infantilizante (y fragilizante respecto a las condiciones materiales de existencia) se configuró -siguiendo a Suárez *et. al* (2004)- como la herramienta que debía ‘convencer’ a la población adulta de cambiar sus hábitos.

Las acciones de comunicación/divulgación sostuvieron una ‘campaña de prevención’ que tenía como común denominador *“la creencia en la información como el antídoto para generar cambios de conducta”* (Flores Salinas, 2017: 225); a la vez que el énfasis sobre el individuo/‘vecino’ y su comportamiento -fundado en la mirada clínica y en el modelo biomédico- lo terminó convirtiendo en el ‘único responsable’ de su estado de salud (Buss, 2008). A este respecto, se recuperó el siguiente relato:

“El folleto está, se repartió y se explicó qué tirar, qué limpiar, etcétera, etcétera... Cómo limpiar también se explicó, se explicó en detalle... para que no haya dudas (...) Eso fue un trabajo de concientización importante que se hizo y se trabajó con el vecino en su casa cada una de estas

cosas para que entienda y haga en consecuencia, no? (...) o sea, la información la tienen, está, todo lo que es preventivo dengue se explicó”.

En la búsqueda de ‘garantizar la llegada y la permanencia’ en la actividad, se apeló al recurso del ‘entretenimiento’ y la risa fácil, en algunas oportunidades con resultados cuestionables. Se valieron también de un lenguaje simple y por momentos grotesco, que si bien resultaba claro para ‘la charla con los vecinos’ en algunas instancias incorporó aleatoriamente terminología académica-científica y expresiones confusas como ‘la mosquita’, para atribuirle ‘género’ al *Aedes* sin reparar que se estaba referenciando a ‘otra especie’ de insecto a través del diminutivo de su ‘nombre común’/‘la mosca’.

Pensados como encuentros periódicos, sólo pudieron concretarse dos talleres sucesivos, ya que a principios de Marzo de 2011 se produjo en la localidad de Romang (Norte de la provincia de Santa Fe) una epidemia de dengue, que impulsó a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario a emitir un ‘alerta epidemiológico’ ante la posibilidad de ocurrencia de un nuevo brote en Rosario. En este marco, el Sistema Municipal de Epidemiología definió la necesidad de realizar un ‘Monitoreo del Índice Larvario de *Aedes aegypti*’ para “detectar las zonas en riesgo de infestación” dentro de Tablada.

El monitoreo de larvas y pupas en criaderos domiciliarios y peridomiciliarios posibilitó determinar la existencia de formas inmaduras de *Aedes aegypti* en el barrio. Las actividades de muestreo se desarrollaron en el sector Noreste, espacio donde se produjo el epicentro de casos de dengue en el año 2009.

Con referencia al procedimiento general de muestreo larvario, el Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de Rosario convino aplicar la metodología propuesta por la OPS conocida como el ‘Método LIRAA’ (*Levantamiento Rápido de Índices de Aedes aegypti*). Este tipo de relevamiento posibilita obtener de forma inmediata la información necesaria para efectuar una evaluación permanente y actualizada de la situación de infestación por el mosquito *Aedes* en áreas predeterminadas; para luego poder planificar y efectuar las acciones de prevención correspondientes. Asimismo, garantiza -si fuera el caso- una adecuada reorientación de las acciones de control hacia las

áreas más críticas, contribuyendo a la distribución de los recursos humanos y materiales existentes (SiME, 2011).

Se implementó entonces el Método LIRAA que consistió en:

“En cada una de las manzanas se contactará a una de cada dos viviendas (una sí, una no). La inspección de cada manzana comienza a realizarse por la primera vivienda ubicada en la esquina Noroeste y será recorrida en el sentido de las agujas del reloj, es decir, con el brazo derecho junto a la pared (...) en cada vivienda se deberá: identificar recipientes que puedan constituir un criadero del mosquito, completar la fila del formulario correspondiente a esa vivienda, tomar tantas muestras de larvas como recipientes donde se encuentren, repartir el material informativo, hacer concientización, búsqueda de febriles y descacharrado asistido”³.

El procedimiento también estableció que se excluyan del relevamiento las gomerías, los lavaderos y los terrenos baldíos, entre otros emplazamientos. En esos casos: *“se inspecciona la vivienda que le sigue inmediatamente a continuación”*; lo mismo que si el residente de una propiedad rechaza la inspección, se niega a atender o no se encuentra en ese momento (Instructivo Método LIRAA).

Además, en los edificios de dos o más pisos, sólo se consideraron los departamentos de la planta baja y el palier que tienen en común. En viviendas localizadas en pasillos se respetó la lógica del recorrido pero se estipuló una leve variación, a saber: con el brazo derecho pegado a la pared se ingresa por la derecha, se va hasta el fondo y se regresa por la izquierda, contactando dentro del pasillo una vivienda cada cinco.

La siguiente imagen ilustra el modo en que se realiza el recorrido en manzanas y pasillos (Figura 35).

³ Instructivo Método LIRAA (Documento de circulación interna elaborado por el Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

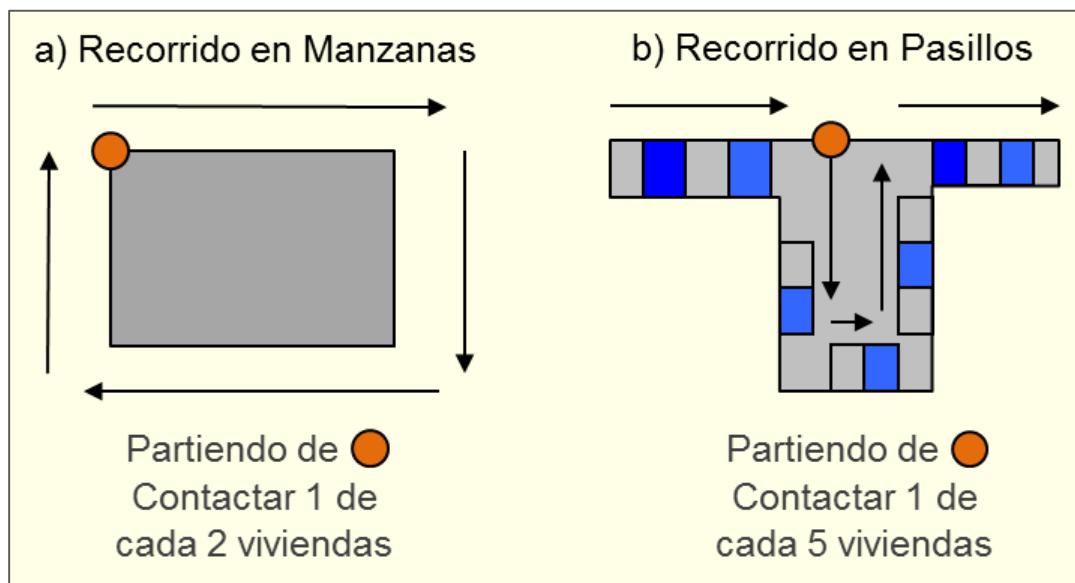


Figura 35. Procedimiento para relevar viviendas durante el monitoreo entomológico: a) Recorrido en Manzanas y b) Recorrido en Pasillos⁴

Seguindo las recomendaciones de la OPS, el Área de Epidemiología estipuló que se trabajaría sobre una selección probabilística de las viviendas presentes en un área urbana determinada. El tamaño de la muestra se estableció en función de la densidad poblacional y del número de inmuebles existentes (SiME, 2011).

La aplicación de este método operó un recorte del territorio a determinadas manzanas y viviendas del barrio, seleccionadas aleatoriamente a partir de procedimientos estadísticos. A este respecto, Menéndez (2009: 89) advierte que: *“la distribución de las enfermedades y de los riesgos no es aleatoria; lo que es aleatorio es la selección de los individuos de una muestra estadística para observar, en parte, dichas distribuciones”*.

En este marco, la vivienda se configuró en la unidad básica de muestreo, *“a la que se inspeccionó sistemáticamente en búsqueda de depósitos o recipientes que contuvieran agua”* para comprobar la existencia de larvas de *Aedes aegypti* y/o de *Aedes albopictus* (SiME, 2011: 111).

De este modo, las tareas de vigilancia epidemiológica y entomológica se restringieron a espacios particulares, donde a partir del instrumento *‘Boletín de*

⁴ Nota: Adaptación propia. Fuente: Instructivo Método LIRAA (Documento de circulación interna elaborado por el Área de Epidemiología de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario).

Campo y de Laboratorio de Relevamiento Rápido de Índices, los equipos de salud registraron información relativa a lo que definieron como *‘recipientes clave’* para la proliferación del vector. Describieron a partir de una nomenclatura pre-establecida los tipos y cantidad de criaderos con larvas; y potenciales criaderos (sin larvas y con o sin agua) presentes en los espacios domésticos. Posteriormente tomaron muestras de aquellos recipientes en donde se detectaron larvas, las cuales serían analizadas con posterioridad en el laboratorio para definir su correspondencia o no con el *Aedes*.

Los resultados del *‘Monitoreo’* revelaron que: *“el índice de infestación por Aedes es muy alto”*⁵, por lo que se reforzaron las actividades de eliminación de los criaderos del vector a través de un *‘Control Focal’*. Así, los equipos de salud retornaron a las mismas viviendas donde habían tomado las muestras para informar sobre los resultados de las mismas. En este sentido, su presentación habitual fue seguida de una breve introducción descriptiva de la situación: *“Vió que la semana pasada anduvieron tirando mucho humo para la fumigación y que el viernes anduvimos por el barrio buscando larvitas de mosquito? Le vamos a contar... fuimos después a ver al laboratorio las larvitas del mosquito y lamentablemente... hay mucho, pero mucho del Aedes aegypti que es el mosquito que transmite la enfermedad del dengue... no eran de los comunes... Por eso es que hemos vuelto otra vez al barrio...”*.

También se realizó la *‘vigilancia clínica seroepidemiológica activa’*, es decir, la *‘búsqueda de febriles en terreno’* (personas que tengan o hayan tenido fiebre en los últimos días).

Interesa detenerse en que las prácticas de prevención que se realizaron en Tablada durante el 2011 apuntaron al saneamiento doméstico como vía privilegiada de *‘combatir’* al dengue. En este sentido, intervinieron directamente sobre el vector y el medio en el que se desarrolla, bajo una lógica centrada en lo biológico o en lo bioecológico.

La información transmitida por los equipos de salud a través de los folletos/pósters y verbalmente, tuvo como propósito principal *“concientizar”* a la población sobre la importancia de la eliminación/control de los recipientes que acumulaban agua en el espacio privado/doméstico. Aquí *‘concientizar’* fue

⁵ Se halló un número importante de formas inmaduras, larvas o pupas.

entendido como sinónimo de *“informar para lograr un cambio en la forma en que actúa la gente, de su comportamiento diríamos”*.

Además de las medidas de saneamiento doméstico a adoptar, se mencionó brevemente el cuadro clínico, subrayando la importancia de no automedicarse en repetidas oportunidades:

“Acá le dejamos un folleto, aquí atrás están los síntomas... en caso de alguno de estos síntomas... fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, aparición de pequeñas manchas, dolor detrás de los ojos, náuseas o vómitos, por favor concurra al médico sin automedicarse, no tome nada, ninguna medicación de ningún tipo. Si usted se siente mal, cuando llegue al médico le dice que usted vive en un área de riesgo de dengue...”.

El relato informativo funcionó como presentación somera de la problemática, operando como ‘facilitador’ del ingreso al espacio doméstico. Una vez allí, los equipos de salud remarcaron la necesidad de eliminar los criaderos y los potenciales criaderos para romper el ciclo biológico del mosquito, individualizando en cada espacio singular aquellos recipientes que tenían o podían contener agua: *“Ve acá este cacharro [señala] le está acumulando agua... esto es un riesgo importante... porque acá se cría el mosquito del dengue”*. Seguidamente los vaciaron cuando contenían agua, los dieron vuelta y los separaron del resto de los recipientes en uso, delegándoles a los vecinos la tarea de desecharlos.

A diferencia de los *‘operativos de bloqueo y descacharrización’* realizados en Tablada durante la epidemia del 2009, donde la gravedad de la situación impulsó a los equipos de salud a adoptar estrategias de intervención directa sobre el modo de vida y el espacio doméstico, realizando acciones sistemáticas y radicales de saneamiento (Curetti, 2010); en esta oportunidad, solamente se identificaron algunos ‘cacharros’ a modo ilustrativo, los vaciaron cuando contenían agua, los dieron vuelta y los separaron del resto de los recipientes en uso, delegándole a los grupos domésticos la tarea de desecharlos.

La palabra ‘cacharro’ irrumpió en la cotidianidad discursiva de los actores del sector salud con la llegada del dengue. En este marco refirieron que:

“No sé qué quisieron hacer con esto de decir lo del cacharro, es una palabra nueva pero que no se entiende bien... o sea la palabra ‘ca-charro’ no se entiende qué significa (...) pero no sólo que el común de la gente no la entiende... nosotros [profesionales de la salud] no la entendemos [risas] o sea el por qué eligen esa palabra para meter en las campañas... es un misterio” [Enfermero].

“La palabra cacharro aparece por primera vez cuando se da todo lo del dengue (...) No es una palabra de nuestro léxico... digamos una palabra común, o sea que existe acá, no existía acá (...) Pero esto de decir cacharro fue algo dado, no? Impuesto, o sea que nos vino dado, no? (...) bajado claro desde el propio Estado” [Trabajadora Social].

Muchos de los recipientes y objetos que se encontraban en los hogares fueron referenciados por los profesionales y equipos de salud territoriales como ‘cacharros’; excepto aquellos que bajo sus criterios revestían una clara utilidad manifiesta: tanques de agua para consumo, bebederos de animales, baldes, neumáticos. Indagando acerca del significado atribuido al término ‘cacharro’, se encontró que para los actores de salud este vocablo ‘aparece’ -como ‘una palabra nueva’, ‘un lineamiento’, ‘algo dado’, ‘que viene desde afuera’, ‘ajeno a la profesión’- por primera vez durante la epidemia de dengue del año 2009, en vinculación con las actividades de ‘descacharrización’.

Para estos actores ‘cacharro’ remite a la idea de objeto ‘viejo’, ‘descuidado’, ‘en desuso’, ‘abandonado’, ‘inútil’, ‘sucio’; es una palabra ‘arcaica’, de ‘otra generación’, del ‘norte argentino’ o de ‘otro país latinoamericano’. En este sentido, el término ‘cacharro’ evocaba fuertemente a las acciones preventivas y a las campañas de erradicación del dengue que se vienen realizando en diversos países de Latinoamérica, entre los cuales Cuba fue uno de los más referenciados (quizás en este proceso influyeron las capacitaciones y los talleres organizados por la Secretaría de Salud Pública, algunos de los cuales fueron dictados por profesionales cubanos de reconocida trayectoria en el campo de la prevención del dengue).

En esta vinculación ‘dengue/cacharro’, los actores de salud pasaron a considerar que el término era ‘extranjero/importado’; o bien, contrariamente que

la palabra cacharro fue ‘creada en Rosario’, una ‘invención local/de la Secretaría de Salud Pública/de Epidemiología/de la Municipalidad/de la Provincia/de los políticos’, “que se inventaron como para que pegue la campaña”, como “símbolo distintivo de lo que se hace en Rosario”. Así, lo relato un enfermero: *“viste que acá... por ahí usamos ‘palabras únicas’, que no las usa nadie... para mostrar que hacemos las cosas distinto que el resto... por decirte, ‘mejor’ que el resto”* [en referencia al gobierno nacional].

Algunos mencionaron que ‘cacharro’ les resultaba una palabra ‘poco científica’/‘poco seria’, que les pareció ‘graciosa’, ‘cómica’, ‘divertida’, ‘pegadiza’, y que debido a esa característica había sido elegida ya que habilitaba la práctica del ‘descacharrado’ en los espacios domésticos: *“Es una palabra cómica, viste? como para... como quién dice, para romper el hielo... y poder entrar a descacharrar”* [Agente Sanitario].

Otros señalaron que ‘cacharro’ es un término ‘sacado de la jerga callejera’, ‘conocido/utilizado por la gente más pobre’, que hacía referencia a ‘las cosas de los pobres’:

“Acá se dice cacharro como para que la gente ‘entienda’ de lo que se está hablando, porque viste que es una palabra propia de la gente... diríamos eh... más pobre... o de escasos recursos para expresarlo mejor, o sea, de la gente que vive más precariamente” [Médica clínica].

Sin embargo, también refirieron que cuando emplearon esa palabra durante la situación de encuentro con los vecinos ‘pobres’, registraron dificultades en ser comprendidos. A este respecto, percibieron que la mención de la palabra ‘cacharro’ generaba ‘cierto desconcierto/estaba como estupefacto/no hablaba/no entendía’. Así, expresaron que:

“Me sorprendí cuando le dije que tenía que revisar los cacharros porque ahí vivía el mosquito y no me entendió... y pensé, qué raro? (...) Ahí descubrí que cacharro no es una palabra de ellos o sea de las que más usan” [‘Voluntaria’ - Estudiante de Medicina].

“Nos encontrábamos por ahí que le decíamos al vecino que tenía que tirar los cacharros porque le juntaban agua y se criaba el mosquito (...) y era lo mismo que si le dijéramos nada, no entendían, no entendían... y vuelta de nuevo a repetir todo (...) La palabra cacharro no la entendían, y sí, lógico. Entonces vuelta a lo mismo... este frasquito, esta latita y esto y esto... así con cada cosita que tenían” [Psicóloga].

Durante las interacciones que se produjeron al interior de los equipos de salud se pudo observar que repetidamente referenciaban a los ‘cacharros’ como ‘basura/porquerías/juntaderos [de mugre]’, que había que ‘ayudar a tirar’ [‘descacharrar’]. Sin embargo, indagando en profundidad se encontró que este término se presentaba claramente diferenciado de la idea de ‘basura’ en las dos acepciones que se recogieron, ya sea como ‘residuos/desperdicios/desechos’, o como ‘resultado del cirujeo/valor económico de intercambio/valiosa para la supervivencia del grupo familiar’.

‘Cacharro’ aparece, entonces, como una noción ‘nueva’ con connotaciones descalificadoras, representando a una multiplicidad de objetos de dudosa utilidad o sin utilidad manifiesta, que dadas sus características particulares acumulan o pueden acumular agua, constituyéndose en potenciales criadero del *Aedes*; por lo que deben ser eliminados, desechados, ‘descacharrados’ o ‘descacharrizados’. La ‘descacharrización asistida’ constituye la acción de eliminar los ‘cacharros’ en la que participan los equipos de salud. A este respecto, refieren que: *“hay que ayudarlo a descacharrarse... porque el vecino solo no puede”*.

Indagando las diversas significaciones contenidas en este discurso, registrado repetidamente durante el trabajo de campo, se constató que aparecía asociado a la pobreza, al modo de vida, a la ‘naturalización’ de la situación de ‘vivir entre la basura’, a la costumbre, a ‘la dejadez’, a la ‘vagancia’, entre otras. A este respecto, se recuperaron los siguientes relatos que reflejan las dificultades vivenciadas por los profesionales de la salud para sostener las actividades preventivas entre la población de Tablada:

“Pienso que hay muchísimas dificultades en crear conciencia e implementar medidas preventivas para la enfermedad que sea en estos

contextos en donde la pobreza material es tan importante y la simbólica digamos es proporcional, que bueno digamos, es gente que vive el día a día, no puede... Digo, no estoy subestimando a la población con esto, pero creo que realmente los problemas son de lo cotidiano inminente... digamos, de cómo vengar la agresión que sufrieron de tal grupo o qué cantidad de tiros hay que dispararle al vecino para que respete y entienda, a bueno... qué comemos hoy... es eso... y bueno, esto de ir a visitar a los presos, que es una actividad cotidiana de las madres del barrio (...) Poca gente se cuida, digamos... de lo que sea” [Psicóloga].

“Las necesidades pasan por el trabajo, eh... por este... no solamente, las condiciones de vida si vamos a relacionarlo acá con esto, que no tienen por ahí cloacas, no tienen agua... por ahí pasan sus necesidades. Salud ya te digo, ellos lo interpretan ‘salud’, que ellos tienen salud siempre y cuando no tengan una enfermedad que invalide, que sea invalidante; o sea, si vos hoy te levantaste con un dolor de estómago doblada que no podés trabajar, entonces estás enferma. Ahora si vos tenés una molestia y qué sé yo, y podés seguir laburando, cuidando a los chicos... otra cosa... Hacer prevención del dengue es muy complejo” [Enfermera].

“Es muy, pero muy difícil que en la cabeza de ellos entre la idea de que un mosquito pueda enfermarlos de gravedad y si lo comprenden o agarran algo de la dimensión del problema piensan que no les va a pasar y listo, a otro tema (...) por ahí es una mamá preocupada por su bebé, por sus niños más pequeños... el resto... y... te diría que no, que no lo ve como problema de salud, entonces de qué prevención hablamos? El problema de salud para ellos es un tiro... una herida de bala, no hay un registro del cuerpo más allá de situaciones límites” [Médica].

Durante las actividades de prevención del dengue y en forma complementaria al saneamiento doméstico, se utilizaron métodos químicos de control del vector. Para eliminar al *Aedes* adulto, diversas dependencias de la Municipalidad de Rosario, entre las que se encontraban Control de Vectores y

Saneamiento Ambiental, se encargaron de aplicar insecticidas con fumigadores portátiles (mochilas) en el interior de los espacios domésticos (principalmente en los patios) y montados en camiones (termonebulizadores) en la vía pública.

Con referencia a las fumigaciones los profesionales de la salud mencionaron que:

“si hay posibilidad de brote o haciendo un bloqueo porque ya hay casos [de dengue] son efectivas porque exterminas a toda la población adulta [de mosquitos] que anda dando vueltas (...) pero como medida preventiva no sirve... no es la vía adecuada, es sólo para momentos puntuales” [Promotor de Salud].

Este reconocimiento venía acompañado por la aclaración de que *“los huevos eclosionan y empieza todo el ciclo de nuevo”*, señalando que:

“Habría que fumigar creo cada seis o siete días para cortar la cadena del mosquito... y no da... el gasto económico sería terrible... de dónde sacas la gaita? Imaginate aparte la logística que llevaría eso! Pensando en este barrio... vaya y pase, fumigas dos, tres, cuatro semanas seguidas y listo, ya está! Paras porque es imposible sostenerlo en términos económicos. Si aparte lo piensas hacer en toodo Rosario... es una locura, una completa y absoluta locura” [Médico].

“decían que para cortar el ciclo cada siete días había que fumigar, qué se yo (...) Eso tiene un costo... o sea, inhalar químicos cada siete días (...) yo calculo que sí, eh... tiene un costo, por más que te digan que no... que es inocuo, me entendés? Tiene un costo, es un producto químico, o sea, obviamente a la sobreexposición tiene consecuencias. Pero ya te digo que en realidad lo que te resuelve la fumigación con respecto al dengue es tan mínimo que vos te ponés a pensar: ¿Se justifica realmente exponer a toda una población a inhalar cada siete días? Sí, en realidad vos podés fumigar hoy y... fumigar una vez por semana y dentro de siete días te salieron volando todas las larvas cuando terminó el ciclo y chau... y sí... viste... O sea, se justifica? No se

justifica y aparte todo el mundo sabe que si te dicen cada siete días vamos a fumigar, a dónde vas a fumigar? Dónde es esto? En qué país? No hay eh... digamos para mí, no hay recursos que puedan sostener eso... por eso se termina haciendo focalizado... porque si fuera toda la ciudad... por eso te digo focalizado sí, porque hay en esta zona y esta, bueno, para limitar un poco pero en realidad la acción fuerte es lo otro, me entendés? El trabajo de todos más minucioso, el trabajo de todos..."
[Enfermera].

De esta manera, estos profesionales acordaron que la fumigación no era la solución de fondo para prevenir el dengue *"ya que sólo mata al mosquito adulto"* y que debía emplearse en momentos puntuales y como método paliativo transitorio: *"vos le decís a la gente, le explicas que la fumigación se hace en casos particulares, un bloqueo, cuando hay un foco de contagio... que tiene buen impacto en el momento en que se hace sí y un par de días más... que después se reinicia el ciclo del mosquito"*. No obstante expresaron que *"si no pasan a fumigar la gente te critica: que está lleno de mosquito, que la culpa es nuestra que no fumigamos"*. En este sentido, la trabajadora social profundizaba:

"Responsabilizan al estado por la presencia masiva de mosquitos del dengue... o sea, la falta de fumigación como causa de que proliferen los mosquitos es algo compartido en el pensamiento de los vecinos... que haya dengue ahora lo explican por la falta de fumigación, porque no se fumiga seguido, o sea... en el imaginario la fumigación es la gran solución... ven el humito y automáticamente se tranquilizan, es como que el Estado se está ocupando y listo se quedan en el molde... Ahora los vecinos están a la espera de que pasen a fumigar en estos días, si no pasan nos enteramos porque vienen y se quejan".

Además, para el cuidado preventivo personal/familiar, los equipos de salud territoriales se limitaron a recomendar el uso de insecticidas hogareños en aerosol, líquido, espiral o tableta y de repelentes para el cuerpo en aerosol, spray, crema o loción; a pesar del reconocimiento de la imposibilidad de comprarlos.

“Las indicaciones generales de cómo protegerse y de cómo proteger a su familia... sean niños, bebés o adultos, las hacés. Que pongan una tableta, una espiral, eh... Ponete protección vos o a tu bebé una cremita... todo eso lo hacés... Ahora, la realidad es que no pueden comprarlo, no pueden comprar ninguno de esos productos, o sea, por ahí sí ponen una espiral un día que haya mucho mosquito, pero eso es cada tanto... cuando pueden... El spray lo consiguen, ponele que haya, no? en lo público... [en el Centro de Salud] que debería haber, de hecho se repartió el año pasado pero cuando fue el bloqueo. No sé si hay stock ahora o van a mandarlo o qué... Pero el resto de los productos que hay en el mercado no los pueden comprar, no es que no quieran comprarlo... no? No pueden... en términos económicos, digo... afrontar ese gasto y es una traba importante a nivel de prevención (...) Entonces, uno piensa en esto que dicen que el dengue nos afecta a todos... y no. Te digo que no... que al final el dengue no afecta a todos... o no a todos por igual. El dengue afecta a los pobres, a los más pobres y ahí lo tenés... en su casa” [Enfermera].

Para eliminar los huevos y las larvas del mosquito, los actores de salud colocaron larvicidas de larga duración (en gotas o en anillos de liberación constante) en los tanques de agua para consumo familiar. Esta acción se realizó sistemática y mecánicamente en las viviendas que se visitaron, explicándole a cada vecino lo que se estaba haciendo -y en el instante mismo en que se hacía- sin esperar su consentimiento y sin ofrecer mayores detalles de esa acción, ya que ellos mismos desconocían sus implicancias al no disponer de mucha información. *“No tengo ni idea de esto... qué querés que te diga...?”*, reconocían con un dejo de resignación. A pesar de esto, de cara a la población enunciaban que: *“es un producto inocuo, lo único que mata son las larvas del mosquito”*. Sin embargo, los equipos de salud manifestaron cierta incertidumbre sobre esta supuesta ‘inocuidad’: *“A nosotros nos dijeron que este producto no le hace mal al hombre... pero que se yo... es un químico, yo en mi casa no lo pondría”*. Esta percepción se reforzaba cuando consultaban el instructivo ‘Uso de larvicidas’,

donde se indicaba, junto a otras precauciones, la necesidad de *“usar guantes y no aspirar”* durante la aplicación.

Cuando se indagó acerca de si pudieron investigar más sobre las sustancias que contenían, se registró cierta inercia que no parecía relacionarse con la falta de tiempo como justificación general esgrimida; sino más bien, a algún mecanismo defensivo frente a la situación de tener que sostener un mandato institucional que no les era posible cuestionar: *“Esto viene de arriba. Hay que hacerlo sí o sí.”*

La idea de ‘peligrosidad de las sustancias’, aunada a la complejidad de la práctica, que les exigía cálculos matemáticos de superficies de recipientes/litros de agua para los dosajes y fraccionamientos, se producía en un contexto que vivencian como ‘ajeno’ a sus roles específicos, a sus incumbencias profesionales: *“Esto es de una responsabilidad muy grande... Acá hay que colocar un producto... no tenemos idea... no sé... Hay que calcular a ojo... también pensar cuánta agua puede entrar”*.

Se considera que cuando se trata de sustancias químicas y de su uso cotidiano, se deberían tener en cuenta un conjunto de situaciones del contexto personal, familiar y barrial, que escapan a una práctica homogeneizante. De todas maneras, la inocuidad o no de mismas parecería ser una cuestión de dosaje, o en palabras de Paracelso (1493–1541): *“Toda sustancia es tóxica, no hay ninguna que no sea tóxica; es la dosis la que hace la diferencia entre una sustancia tóxica y un medicamento.”*

Más allá de que estos productos sean o no sean inocuos, cuestión sumamente relevante pero que escapa a las posibilidades de esta presentación, incumbe seguir indagando en torno a la cuestión de cómo los equipos de salud lidian con prácticas que les ocasionan incertidumbres y malestares, y entre ellas no sólo encontramos la aplicación de métodos químicos, sino también el descacharrizado asistido.

“Se trabaja muy rápido, sobre la marcha, eh... planificas, haces, deshaces... todo es así, pim, pam, pum... Entrar, buscar [los cacharros], mirar, dar vuelta o tirar... como que no me ‘detuve’ por ahí a pensar nada... no había tiempo... era entrar, hacer y salir... y todo de vuelta [en otra vivienda]. Pero sí, eh... no es una tarea feliz, digamos... si no me

dicen 'hacelo', no lo hago (...) es intrusivo, indudablemente" [Promotor de Salud].

"Yo resistí eso de ir a descachar, ojo, hacerlo lo tuve que hacer igual, pero lo resistí..." [Enfermera].

"Te decían, anda y pregunta si tienen cacharros porque ahí se cría la larva... y después descacharrá... arremangate y descacharrá (...) era un lineamiento... y tenés que ir, te guste o no (...) está en juego la salud de la gente... así que bueno" [Médica].

"A vos te bajaban una directiva, tenés que ir y hacer tal cosa porque la mano está muy complicada... Hay dengue, tenés dengue en tu territorio y tenés que salir y hacer, no te queda otra.... Y bueno, no había posibilidad de decir... o sea, de hacer otra cosa. Vos no podías decir no, no estoy de acuerdo con esto, mejor hagamos lo otro" [Promotor Social].

Con referencia al empleo de los larvicidas, el segundo aspecto a considerar es qué tipo de autonomía se está construyendo cuando el otro, el vecino, es sólo un espectador de una escena que en algunos casos le resulta indiferente o no aprueba; y en otros, cuando desea continuar con esta medida preventiva, no se le suministra información sobre dónde conseguir el producto (ya que el mismo dura un corto período) o si éste estará disponible en los Centros de Atención Primaria de referencia.

Durante las acciones preventivas del año 2011 fueron muy escasas las menciones relativas a la necesidad de cubrir los tanques/recipientes que acumulaban agua potable, esta omisión resultó muy significativa en comparación al énfasis dado a esta medida preventiva en años anteriores. A este respecto, los equipos de salud manifestaron que:

"Las tapas... cómo las van a comprar? si ni siquiera tienen para comer... y el nylon lo cirujean" [Enfermero].

“Nos encontrábamos con esto, que la gente no tenía agua, que el agua la tenían que juntar con gotero, y tenían determinados recipientes para juntar y de eso no iban a ceder... y además, el agua no se puede cubrir porque se contamina o se pudre (...) conservar el agua acumulada para que sea potable implica que no se pueda cubrir absolutamente (...) esto de la acumulación de agua los vecinos lo reivindicaban” [Psicóloga].

Resta mencionar que el ‘Control Focal’ fue la última intervención preventiva de dengue que se realizó en Tablada durante este período, ya que a inicios de Abril la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario emitió un ‘alerta epidemiológico’ ante la posibilidad de ocurrencia de casos de leptospirosis y redefinió el marco de las actividades en ese sentido y en otros territorios.

Este pasaje abrupto contribuyó a reforzar entre los actores del sector salud el malestar y ‘la queja’ en el sentido de que la lógica que continúa primando es la de trabajar en la ‘urgencia/emergencia’ (‘apagar incendios’, ‘mitigación de daños’, ‘porque se llegó tarde’); y la cuasi certeza (que incluso ‘paraliza’) de la imposibilidad de lograr otro tipo de intervención, planificada y sostenida en el tiempo.

“Lo que hacemos permanentemente es trabajar en la urgencia... apagar incendios... Como mitigación de daños... porque se llegó tarde (...) hay muchas limitaciones para instalar otro tipo de lógica eh... en lo que es el trabajo cotidiano... y ni te digo en lo que es el trabajo territorial, no? Ahí se ve por ahí mucho más (...) Acá tenés que todo lo que son medidas preventivas y... como que no está muy priorizado... o no está priorizado como uno piensa que debería estarlo para evitar llegar a estas situaciones... en donde bueno... aparece todo a contrareloj...o sea, se trabaja a contrareloj y uno hace lo que puede...” [Trabajadora Social].

Estas situaciones límites acentúan, además, entre los equipos de salud territoriales la percepción de ‘distanciamiento/abandono’ por parte de los decisores de políticas sociales y en salud; reinando cierto descreimiento y cuestionamiento de que las prácticas preventivas territoriales fueran la vía adecuada para solucionar el problema del dengue:

“Para hacer una cosa seria de abordaje de esta problemática... que nos excede absolutamente a nosotros... como condición tendrían que haber recursos materiales concretos y que se hagan intervenciones a nivel urbano... de apertura de calles, de infraestructura en algunos lugares, de limpieza de los basurales... o sea, se tienen que dar toda una serie de cosas (...) sino, esto no es una solución de fondo (...) por eso, el planteo general nuestro es que sin las condiciones... y si esto no es una política de Estado en serio... nosotros no... no podemos estar haciendo nada ahí...” [Psicóloga].

Por otra parte, como se observó en investigaciones previas (Curetti, 2010 y 2016), la estrategia de ‘salida al territorio’, aunque no fue novedosa ni exclusiva a las acciones de prevención del dengue, registró cierta resistencia y conflicto al interior de los diversos equipos institucionales de salud que participaron de las intervenciones. Este ‘llamamiento’ implicó en los hechos que se desataran entre los actores situaciones de malestar, enojo, recriminación, agobio, pesadumbre, agotamiento, desaliento y abandono. Suscitando diversas discusiones que transitan desde las demandas individuales a las colectivas; desde las explícitas: reconocimiento de la situación contractual⁶, rol específico, incumbencia profesional, a las implícitas: temor al contagio y a contraer otras enfermedades, a exponerse a otras demandas y a situaciones de violencia física/verbal, a sufrir robos/amenazas con armas, a quedar expuestos a los conflictos violentos entre bandas territoriales.

A este respecto, se registraron los siguientes planteos que se producían de forma espontánea entre los integrantes de los equipos de salud durante las reuniones de planificación previas a las intervenciones territoriales y en las actividades de prevención desarrolladas en Tablada: *“mi función no es salir al barrio a hacer esto... para eso está [Nombre] que es el agente sanitario, no? Que esa sí es su función... digamos que tiene injerencia en lo territorial...”*; *“no doy más...”*; *“a mí esto no me corresponde... en el contrato no figura que yo tengo*

⁶ Se registraron diversas relaciones contractuales, a saber: planta permanente, planta transitoria, contrato temporario.

que salir afuera del consultorio... que lo haga otro”; “yo estoy contratado, que vaya alguien de planta...”; “estoy quemada”; “no doy abasto con el consultorio... ¿cómo esperan que tenga tiempo para salir a patear la calle?”; “si quieren que hagamos esto tienen que poner más gente, porque yo tengo que estar en la farmacia entregando medicamentos, hay casos gravísimos... si yo me voy al barrio no queda nadie”; “esto es siempre igual, hagamos lo que hagamos...”; “un poco de solidaridad compañeros... decimos que viene tal y tal, pero siempre somos los mismos los que vamos al barrio”.

La construcción de la intersectorialidad durante las prácticas preventivas tampoco estuvo exenta de conflictos y dificultades, sino que develó un conjunto de tensiones preexistentes entre los diversos actores institucionales intervinientes. En este sentido, las acciones territoriales pusieron al descubierto antagonismos históricos en torno a la pertenencia institucional, a las jerarquías y niveles de ‘decisión-participación’. La expresión más nítida de esta oposición se produjo entre los actores de salud que pertenecían a la ‘provincia’ y los que pertenecían al ‘municipio’; pero también se visibilizó entre las distintas áreas y dependencias municipales, en las modalidades de implicación con la planificación y desarrollo de las actividades.

En las interacciones que se produjeron en el encuentro entre los equipos de salud y los sujetos y grupos sociales del barrio, se registraron muchas situaciones donde primaban los ‘silencios’ y el aparente beneplácito o tolerancia de los vecinos frente a los discursos y las prácticas biomédicas en sus espacios domésticos. A este respecto, interesa recuperar las siguientes palabras de Guber (2004: 71):

“comencé a observar las reacciones de otros habitantes de la villa ante estas actitudes y descubrí que en contextos de marcada e insuperable asimetría los estigmatizados guardaban silencio (...) si en la situación no había demasiado en juego, entonces la reacción podía ser contestataria (...) rescataba nuevamente la importancia del trabajo de campo para visualizar las diferencias entre lo que la gente hace y dice que hace, pues (...) los residentes de la villa aparecían ellos mismos convalidando imágenes para ellos injustas y negativas”.

Esas reacciones, que podrían ser interpretadas como ‘un permiso’ a que ‘limpien/tiren los cacharros’ o le indiquen ‘la forma correcta’ de hacerlo, encubrían y ponían en juego otros intereses y necesidades, generalmente comunicados hacia el final de la ‘visita domiciliaria’. En este sentido, la llegada de los representantes institucionales brindaba la posibilidad de ‘ser escuchados’, en función de obtener alguna ‘resolución’ de un problema que era vivenciado como ‘real/vital’ para ellos.

De esta manera, a nivel particular los pobladores manifestaron a los equipos de salud una multiplicidad de ‘reclamos’ y ‘pedidos’ que tendieron a adquirir carácter individual, específico y pragmático (*sensu* Menéndez, 1990b). En estos enunciados se encontraban plasmadas aquellas cuestiones que percibían eran real o potencialmente nocivas/dañinas para la salud. A modo de referencia se transcriben algunos pasajes significativos: *“yo quería que corten todo el yuyo de acá enfrente y que limpien la basura de esa esquina, usted sabrá cuándo pueden venir?”*; *“lo que se necesita acá es que desmalecen... podría comunicarse con el encargado de eso?”*; *“y qué van a hacer con las ratas? Eso está todo lleno...”*; *“Yo lo único que les pido es que saquen este árbol. Es un peligro... la próxima tormenta se cae y aplasta a alguno”*; *“necesito materiales para construirme una piecita. Mi hija es asmática, se le cierra el pecho (...) sufre mucho la humedad”*; *“¿Dónde puedo conseguir chapas y tirantes? ¿Ustedes me pueden anotar?”*; *“acá el pavimento está todo roto... una vergüenza. Cuándo lo van a arreglar?”*. También refirieron algunos problemas con la electricidad; la ausencia de calles pavimentadas y de veredas ‘de material’; los encharcamientos que se producían por no contar con vías de avenamiento adecuadas o porque las zanjas antiguas se encontraban deficientemente cubiertas; las bocas de tormenta y las ‘rejillas’/alcantarillas cubiertas de basura, sin tapas o con las tapas rotas; y ‘pidieron’ por ‘más volquetes’ o ‘volquetes nuevos’, entre otras cuestiones de la más variada índole.

Es interesante remarcar cómo los vecinos utilizaron los mecanismos del modelo asistencial/tutelar vigente, para darle forma a los ‘pedidos de ayudas’, a las ‘quejas’ y a las demás formas de expresión de los ‘malestares’ y ‘pesares’ cotidianos (Menéndez, 1994). Estos enunciados se estructuraron de acuerdo a las relaciones de poder imperantes y actuaron en el sentido de su manutención,

reproduciendo visiones específicas del orden social y su lógica inherente (de Martino, 2000).

La enfermedad del dengue había reactualizado una serie de reclamos, siempre vigentes, que se mantenían en torno aquellos problemas que los vecinos consideraban apremiantes y que constituían circunstanciales o permanentes amenazas a su vida-salud (Menéndez, 2002).

Resonaban con frecuencia las palabras *“porque no se puede vivir así...”*, acompañando la exposición de problemas individuales y colectivos. Variaban los tonos, los matices, las actitudes, las formas en que los ‘reclamos’ y los ‘pedidos’ eran anunciados por los vecinos: angustia, pesar, enojo, temor, esperanza, vergüenza, llorando, riendo, con ironía, con bronca, con sutileza, con brusquedad; sus palabras contenían y expresaban el deseo de *“una mejor vida”*, *“una vida digna”*.

En este marco, el dengue se configuró como ‘la oportunidad’ ‘de ser escuchados’, ‘de hacer algo’, ‘de que cambie algo’, y en muchos casos se incorporó al planteo que sostenían frente a los equipos de salud. Así, los problemas históricamente vivenciados por los vecinos fueron resignificados en un nuevo sentido que incluía al mosquito y al dengue, a modo de ejemplo: *“en el yuyero se cría el mosquito del dengue”*; *“en la basura tenés todo lleno eso del dengue”*; *“este charco está infestado de viboritas que mi hijo dice eh... que son dengue”*; *“ahí en el pozo tenés de mosquito impresionante... mirá como se asoman”*; *“en ese árbol de la esquina, el que está podrido... seguro viven de mosquitos... ahí dentro te encontrás todo ahuecado. Ahí sí hay de dengue”*.

Por otra parte, las interacciones que se produjeron entre el sector salud y los pobladores del sector Noreste de Tablada pusieron al descubierto que para estos últimos la prevención de la enfermedad del dengue aparecía estrechamente asociada a las intervenciones concretas del Estado en los espacios públicos; más que a las acciones que puntualmente ellos pudieran desarrollar, individual o familiarmente, en el interior de sus espacios domésticos. Esto se registró de forma general entre todos los sujetos y grupos sociales, con independencia de sus situaciones particulares (a nivel socioeconómico, cultural y político).

Un Estado que se encarnaba en la figura de ‘la falta’, ‘el abandono’ y la ‘desidia’; y que discursivamente era referenciado en forma intercambiable como

‘Estado/Municipalidad’⁷, y en algunas circunstancias también aparecía relacionado con la figura de ‘los políticos’, en el sentido de lo ‘político partidario’:

En este marco, los actores del sector salud, así como también los de otras instituciones y dependencias públicas que integraban los equipos territoriales, se encontraban indiferenciados por los vecinos en sus incumbencias, atribuciones, responsabilidades y áreas de pertenencia. Así, los equipos territoriales aparecían desinvertidos de su especificidad para conformarse en una suerte de conjunto homogeneizado, donde fueron automáticamente asimilados a la figura de agentes del aparato del Estado, adjudicándoles la facultad de ‘agendamiento/solución’ de los problemas enumerados, cualquiera sea su naturaleza.

Esta facultad, este ‘poder’, en el sentido de potencialidad-capacidad de resolución de las diversas cuestiones planteadas por los vecinos fue atribuido a la ‘buena voluntad’ y ‘predisposición’ de los integrantes del equipo. Aún el ‘voluntario’ que se presentaba como ‘estudiante de medicina’, y que en algunos casos recurría al reforzamiento discursivo permanente de su lugar de pertenencia institucional y del ‘no ser municipal’ fue asimilado a la figura (de trabajador) del Estado⁸:

“lo que pasa es que te confunden con un trabajador municipal (...) Yo no tengo mucha experiencia en esto [trabajo territorial], esta es la primera vez que estoy en el barrio, pero a mí me llamó la atención esto de que te pidan cosas, eh... esperan que vos hagas algo, no? Con sus problemas... Con todo un conjunto de cosas y que eh... en gran parte no se vinculan con el dengue, no son problemas relacionados con el dengue... No sé si siempre es así o no, pero a cada casa que íbamos

⁷ En este punto, resultó llamativo que discursivamente no se referenciara más frecuentemente a la ‘Provincia’, siendo que el Centro de Salud del sector Noreste del barrio Tablada es ‘provincial’; y que algunas instituciones barriales mantienen vínculos estrechos con ‘la Provincia’ a través de ‘los subsidios’ que envía.

⁸ Una excepción la constituyeron las fuerzas del orden público que se encontraban claramente identificadas por la población: “*la policía*”/“*los camisa azul*”/“*la ley*” (Policía de la Provincia de Santa Fe) y “*la GUM*”/“*los boina roja*”/“*los soldaditos del s.* [partido político]” (Guardia Urbana Municipal). También el personal encargado de la fumigación aparecía identificado diferencialmente, fundamentalmente a partir de la utilización del “*traje*” (equipo de protección personal) o de la propia actividad que desarrollaban: “*sólo fumigaban*”.

algo surgía (...) yo siempre me identifiqué como estudiante, pero igual te decían que esto, que lo otro... (...) Pobre gente, no? No había caso, pensaban que dependía de mí, eh... de mi voluntad la solución de sus problemas” [Estudiante de Medicina].

Agendar o no los problemas enumerados por los vecinos constituyó un tema de debate y acuerdo al interior de cada equipo de salud; más allá del reconocimiento de la existencia de una directiva general que era la de “*anotar todo lo que salía durante las visitas domiciliarias*”, teniendo como referencia la dirección o domicilio de cada particular.

Algunos equipos de salud escucharon los planteos de los vecinos y correlativamente registraron los ‘reclamos’ y ‘pedidos’ en una planilla; mientras que otros equipos sólo se atuvieron a escucharlos para ‘no crear expectativas’, aduciendo que:

“por ahí con ponerle la oreja un rato la gente se calma un poco... los dejás tranquilos... bien (...) Lo que pasa es que si vos ‘anotás’ todo lo que te dicen... pasa que por ahí, la gente lo lee como que vos te ‘comprometés’ a darle una solución, no? Y vos no sabés si van a hacer algo o no, este... y estás poniendo la cara con eso que vos estás anotando, no? Pasa que no depende de uno, no? Viene de otro lado la decisión de si se hace esto o se hace lo otro, o lo otro...” [Enfermero].

En un esfuerzo por significar ese presente de amenaza de epidemia, los relatos de los pobladores se habían mixturado y enriquecido con evocaciones espontáneas acerca de la historia del barrio, su conformación y situación actual, apelando a experiencias individuales y colectivas. Las ‘fábricas cerradas’, ‘la falta de trabajo’, las ‘villas, cordones y pasillos’, los basurales y todos los problemas que se han ido esbozando a lo largo de los capítulos anteriores, brindaban un marco compatible con la idea de ser ‘el barrio más castigado’, ‘el menos considerado’, ‘el más olvidado’ por el Estado, la Municipalidad y/o los políticos. En ese marco, el dengue aparecía como el corolario lógico, como parte de la trama de lo que consideraban era una situación histórica. De esta manera y siguiendo a Herzlich (1969), se puede considerar que el discurso que se generó

acerca de la enfermedad no es independiente de esas construcciones y relaciones de sentido, sino que constituye una vía de acceso privilegiada al conjunto de las concepciones y valores de los sujetos y grupos sociales del barrio.

La prevención del dengue, entonces, fue entendida por los vecinos básicamente como una ‘cuestión de Estado’/‘problema del Estado’ y la situación de amenaza de epidemia fue atribuida mayoritariamente a un Estado ‘deudor’, ‘que no hace’, ‘que no cumple’, ‘que no está presente’ en el espacio público/social.

A las referencias de: *“le corresponde al Estado”, “el Estado se tiene que hacer cargo”, “es una falta de la Municipalidad”, “porque la Municipalidad no hace”,* entre otras; le seguían o precedían los relatos en torno a aquellas cuestiones que los vecinos/as vivenciaban como apremiantes en su cotidianidad.

De esta manera, la enfermedad del dengue se constituyó en una suerte de catalizador local, que reconfiguró y visibilizó una ‘agenda social problemática’ conformada por el conjunto de necesidades y demandas cuya resolución-solución se asignó, de forma más o menos simplificada e indiferenciada, al Estado, a la Municipalidad y/o a los políticos (Oszlak, 2009).

Los ‘problemas con las cloacas’ que se desbordaban sobre las calles y veredas hasta alcanzar los hogares; los ‘basurales’ a cielo abierto en esquinas, plazas y otros espacios verdes; y la ‘falta de fumigación’ en los espacios públicos, fueron los temas que con más frecuencia y recurrencia plantearon los vecinos a los equipos de salud durante los operativos de control de dengue. Si bien estas cuestiones fueron centrales para todos los pobladores del sector Noreste de Tablada, aparecían con más fuerza entre los vecinos que se ubicaban en las barrancas y en el área próxima a las mismas, ya que constituían complicaciones históricas en esa zona. En varias oportunidades se habían organizado y ‘juntado firmas’ reclamando fuertemente al Estado ‘la solución’ de estos problemas.

Durante ‘la llegada’ de los equipos de salud territoriales, rememoraban esas instancias, señalando que las intervenciones realizadas por ‘el Estado’, cuando las hubo, fueron puntuales y efímeras en sus resultados, los problemas seguían estando y, en algunos casos, se habían agudizado.

Las ‘campañas de prevención’ del dengue visibilizaron las crecientes condiciones de pobreza, las individualizaron y las identificaron sugiriendo cambios/modificaciones para prevenir la proliferación del mosquito *Aedes*. Frente a esto, operaron simultáneamente dos mecanismos opuestos en el seno de la comunidad que produjeron conflictos difusos y varias formas de acuerdos, cooperación y solidaridad.

El primero propició la unión de sujetos y grupos sociales, anteriormente (y en otros aspectos) antagónicos, en torno a intereses y objetivos comunes. Así, diversos actores sociales de la comunidad (vecinos/as, referentes barriales y organizaciones sociales) confluyeron, comenzando a exigir ‘la solución’ de problemas largamente postergados en la agenda pública. En algunos casos, de estas situaciones emergieron colectivos circunstanciales, que reclamaron fuertemente al Estado para obtener mejoras infraestructurales, de servicios y de saneamiento ambiental.

El segundo mecanismo generó prácticas de exclusión entre los de por sí marginados, es decir, se produjeron disputas al interior del grupo social de ‘pobres’ que tuvieron un efecto desestabilizante. Así, se redefinió la condición pre-existente de ‘malos vecinos’ en un nuevo sentido, que estaba ligado al reconociendo del grupo de ‘los sucios’ (‘chivos expiatorios’ *sensu* Binder, 2006). Esta nueva fragmentación que se introdujo a partir del dengue, vehiculizó una representación ‘víctima-victimario, dual y cambiante’ (*sensu* Binder, 2006); poniendo *“al descubierto dimensiones de la subjetividad y contextos de vida marcados por múltiples procesos de desigualdad social y violencias, comprometiendo conjuntos sociales sujetos a históricas relaciones de subalternidad y continuas formas de estigmatización y discriminación social”* (Grimberg, 2009: 76).

Así, la enfermedad del dengue operó en la estructuración/desestructuración de redes sociales y puso en juego recursos comunitarios decisivos que contribuyeron a visibilizar otros problemas valorados como apremiantes, evidenciando el continuo proceso de transacciones dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 2003).

CAPÍTULO 8.

REFLEXIONES FINALES



CAPÍTULO 8. REFLEXIONES FINALES

“la biomedicina en tanto institución y proceso social se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino económica, social y profesionalmente” (Menéndez, 2008: 21).

Esta tesis se centró en la descripción y análisis de los sentidos y significados que adquirió la enfermedad del dengue para el sector salud, y de las prácticas biomédicas que se desplegaron en el año 2011 para prevenir la ocurrencia de una nueva epidemia en el barrio Tablada.

El trabajo de campo permitió explorar en profundidad algunos de los mecanismos y dispositivos que los equipos de salud emplearon durante las ‘campañas preventivas’. Los saberes académicos/científicos provenientes del campo de la medicina, han modelado fuertemente las formas de definir y explicar esta enfermedad, permeando las prácticas preventivas e instaurando procesos de normalización y de control social e ideológico.

Frente a la permanente amenaza de una nueva epidemia, los actores del sector salud atribuyeron diversos sentidos y significados a la situación, muchos de los cuales operaron reforzando los mecanismos de exclusión históricos, subalternizando a los grupos marginales y oprimidos (*sensu* Gramsci, 2001).

El enfoque técnico-operativo propio de la epidemiología influyó de manera notable en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de prevención y de control del dengue que los profesionales y equipos de salud desarrollaron en Tablada durante el año 2011. En este sentido, operó con una

lógica que tendía a homogeneizar discursos y prácticas simplificadas o reducidas a los determinantes biológicos o medioambientales de esta enfermedad; desconociendo las realidades socio-económicas, culturales y simbólicas de los sujetos y grupos sociales en contexto de pobreza; realidades ligadas a las heterogéneas condiciones y modos de vida, y a aquellos aspectos centrales que hacen a las formas habituales de abordar y resolver los problemas de salud, a las estrategias de supervivencia, a las redes sociales y al espacio de lo cotidiano (Menéndez, 2003).

De esta forma, en las disciplinas médicas organizadas en torno a la salud pública y especialmente en la epidemiología, continúan primando a nivel de los discursos teóricos/ideológicos concepciones multicausales de la enfermedad del dengue, y a nivel de las prácticas la búsqueda de algún tipo de unicausalidad, en función de establecer medidas preventivas puntuales. Más aún, el énfasis dado a las técnicas estadísticas produjo un recorte arbitrario sobre el territorio, reduciendo las prácticas de prevención a determinados espacios domésticos y áreas del barrio que fueron aleatoriamente seleccionadas.

De acuerdo a lo expresado por los actores del sector salud, esta simplificación (que se escuda en el seguimiento de un procedimiento estipulado por la OPS) responde por un lado a la escasez de recursos económicos y humanos en salud, con la concomitante imposibilidad de abordar sistemáticamente la problemática; a la vez que se combina con una perspectiva reduccionista del problema que 'cumple con tareas acotadas y sobre la marcha' y que no brega por soluciones de fondo e integrales de los problemas estructurales que aquejan a los pobladores, coadyuvando a la persistencia y/o agravamiento de la situación-problema.

En este sentido, lo dominante sigue siendo una concepción preventivista de la enfermedad del dengue que acciona medidas de saneamiento doméstico en momentos concretos ('alerta/urgencia') con el propósito de limitar/eliminar la posibilidad de ocurrencia de un nuevo brote epidémico. En este sentido y bajo una lógica centrada en lo biológico o en lo bioecológico, las medidas de salubridad e higiene desarrolladas en el sector Noreste de Tablada durante este período se orientaron a impedir la proliferación del mosquito *Aedes aegypti* y consecuentemente del virus, a través de la eliminación/control de los reservorios donde colocaban sus huevos. Las intervenciones implicaron la fiscalización y

saneamiento de los espacios públicos/sociales-privados/domésticos, el control del cuidado de la higiene y la vigilancia/modificación de comportamientos y hábitos cotidianos concebidos como ‘de riesgo’ para el proceso de salud-enfermedad de la población. Así, el manejo del agua, su acumulación en recipientes/‘cacharros’ y la presencia de ‘basura’ en los hogares y patios fueron algunos de los determinantes que para los actores del sector salud se encontraban operando en la base del origen y la persistencia de la enfermedad del dengue en el territorio.

Las modalidades que adoptaron las intervenciones y los discursos que sostuvieron los actores del sector salud, parecieran encubrir y perpetuar una lógica paternalista e infantilizante, de asistencia y tutela, que va a contrapelo de la idea esgrimida de que un sujeto ‘informado’ puede elegir y actuar en términos intencionales y ‘responsables’. De esta manera, los lineamientos en torno a fortalecer la autonomía de los sujetos/‘vecinos’ y de los grupos sociales para que éstos puedan enfrentar y solucionar los eventos que los afecten en su vida cotidiana, propios de la promoción de la salud, como política pública en salud, quedan relegados al plano de la enunciación, permaneciendo como aspiración.

Se considera que las políticas públicas de prevención y control de la enfermedad del dengue no han podido conseguir la profundidad necesaria debido a varias razones, entre las que interesa destacar:

1) El carácter asistemático y transitorio de las acciones territoriales emprendidas (“*emparchar*”/“*apagar incendios*”), aunado al recorte epidemiológico-poblacional/espacial sobre el que se circunscribieron las intervenciones (tópicos que fueron comentados con anterioridad).

Cabe mencionar que si bien la prevención apareció en los discursos biomédicos como la “*única vía de remediar el problema*”, en la práctica continuó relegada a actividades puntuales y efímeras en sus resultados, es decir, de dudoso impacto-utilidad real frente a la existencia y magnitud del fenómeno-problema. A este respecto, se registró entre los actores del sector salud la idea de que la prevención del dengue “*queda un poco a cuenta de uno*”, o sea, de la voluntad y/o interés personal que tengan para abordarla; no existiendo una política pública en salud que contenga y modele las intervenciones de forma coherente y sostenida en el tiempo.

2) La inadecuación de las prácticas y de los discursos que sostuvieron los actores del sector salud, que desconocieron o secundarizaron las necesidades 'reales' y los problemas de salud y de la vida cotidiana vivenciados por los pobladores del barrio. Intervenciones que partieron de la premisa de que un 'vecino informado' era automáticamente 'consciente de su deber' -hacia sí mismo, pero fundamentalmente hacia los demás, hacia la comunidad que lo rodeaba- y concomitantemente accionaría una serie de medidas de 'limpieza e higiene' destinadas a erradicar al potencial vector del virus en alguna (o todas) sus formas.

3) La tendencia histórica a intervenir en base a la prescripción de las conductas 'apropiadas'; lo que encuentra su vinculación en el concepto de estilo de vida entendido como sumatoria de comportamientos plausibles de ser modificados aisladamente de la trama que los articula en un modo de vida complejo (Almeida-Filho, 2000 y Czeresnia y Machado de Freitas, 2008).

4) La desarticulación entre las políticas económicas y las sociales/sanitarias; existiendo una percepción cada vez mayor de que *"la política social viene funcionando en campos sin autonomía y sin participación en las decisiones que la afectan y están subordinadas a las políticas económicas"* (Fleury, 2002: 243). Esto fue señalado repetidamente por los distintos actores del sector salud durante las entrevistas; expresando que a pesar de considerar que la situación era crítica (*"es inminente que se produzca otra epidemia"*) no contaron con los recursos suficientes y debieron discontinuar las acciones de prevención y de vigilancia epidemiológica y entomológica en un momento en que se consideraba fundamental la *"recuperación de la capacidad de hacer inteligencia epidemiológica"* (Rovere, 1999: 36).

5) El carácter aleatorio y discontinuo de las 'alianzas' intersectoriales que se produjeron desde la reemergencia del dengue; aunado al reconocimiento de que *"el proceso de generación de consenso y negociación puede ser demasiado lento y crear dificultades para enfrentar cuestiones que requieren una acción inmediata"* (Fleury, 2002: 237).

En virtud de estas consideraciones, se reconoce que la reemergencia del dengue en Rosario instaura un momento decisivo en donde es fundamental el abordaje de aspectos de importancia crítica a partir de la creación y fortalecimiento de un marco consensuado y compartido para la acción cotidiana.

En este sentido, frente a la complejidad de los problemas socioeconómicos y culturales relacionados con la propagación del vector *Aedes aegypti*, se debe recurrir a una profundización sistemática, coherente y constante de la planificación, ejecución, monitoreo, evaluación y rediseño de acuerdo a una realidad social siempre volátil, intentando construir desde la intersectorialidad y la inclusión social.

Las estrategias deben estar orientadas en forma permanente a garantizar la difusión de la información, la educación en salud y el saneamiento ambiental básico, implicando acciones participativas en prevención de la enfermedad del dengue y abordajes integrales interdisciplinarios e intersectoriales de la problemática entre salud, medioambiente y educación. La adopción de este enfoque procura evitar que, en un mismo territorio y con la misma población, se realicen acciones unilaterales, aisladas, desarticuladas y/o yuxtapuestas que respondan a cada política sectorial (Rovere, 1997); y de que se naturalicen intervenciones poco eficaces para el abordaje de la problemática del dengue, propiciando la consolidación de espacios colectivos de discusión crítica y de re-trabajo sobre las situaciones a abordar. A la vez que promueve la inclusión de los sujetos y grupos sociales como actores significativos en el proceso salud-enfermedad-atención; reconociendo sus valores, sus percepciones, sus intereses, sus costumbres, sus recursos (materiales y simbólicos) y su historia. En palabras de Fleury (2002: 244): *“Solamente por medio de la intersectorialidad es posible una acción integrada de las políticas sociales que garantice universalidad, integridad y equidad.”*

Se considera que el sostenimiento de prácticas en prevención y control de la enfermedad del dengue a través de modos participativos y horizontales de trabajo, donde las metas y las estrategias a adoptar resulten del consenso obtenido a través de procesos de confrontación y negociación de intereses, valores y percepciones, generaría mayor compromiso, interés y responsabilidad de los participantes con las metas compartidas y la apropiación significativa de saberes y procesos (la democratización del saber y del poder *sensu* Rovere, 1999) para que las prácticas se sostengan a lo largo del tiempo. Asimismo, la participación social promovería el ‘encuentro’ y la creación de vínculos afectivos entre los grupos sociales y los actores institucionales (vínculo en cuanto referencia y relación de confianza, de establecimiento de una relación continua

en el tiempo, personal, intransferible: encuentro de subjetividades, *sensu* Cecilio, 2001); la creación/consolidación de redes de solidaridad/reciprocidad que reafirmen los lazos comunitarios; y la construcción de autonomía, de sujetos activos, solidarios, responsables y protagonistas de sucesos que los afectan en la vida cotidiana.

Frente a la escasez de abordajes académicos/antropológicos de la temática en la literatura local y nacional, esta tesis busca contribuir a la comprensión de un problema vigente y vital en materia de salud pública y prevención de enfermedades potencialmente epidémicas.

La continuidad de esta línea de investigación posibilitará dilucidar otros aspectos relevantes del fenómeno dengue en relación a los saberes y prácticas biomédicas, explorando cómo las violencias y las conflictividades en sus diferentes formas, han incidido en los procesos de trabajo territoriales e institucionales del sector salud, reconfigurando los mecanismos y dispositivos de abordaje de las situaciones y desdibujando los sentidos, fundamentos y lógicas que históricamente permearon las intervenciones en el campo de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

ALMEIDA-FILHO, Naomar de (2000) *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 327 pp.

ALMEIDA-FILHO, Naomar de y PAIM, Jairnilson Silva (1999) La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*, 75: 5-30.

ALVAREZ, Adriana (2010) *Entre muerte y mosquitos. El regreso de las plagas en la Argentina (siglos XIX y XX)*. Editorial Biblos, Buenos Aires. 220 pp.

ARMUS, Diego (2000) "El descubrimiento de la enfermedad como problema social". En: M. Lobato (Ed.) *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Editorial Sudamericana, Buenos Aires. pp. 507-551.

ARMUS, Diego (2002) La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio*, Vol. LIV (2): 41-60.

BINDER, Alberto (2006) "La Sociedad Fragmentada (Caracas, Jan-Fev 1991)". En: M. Rovere - *Redes en Salud: los Grupos, las Instituciones, la Comunidad*. El Agora y Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario. pp. 165-174.

BIRMAN, Joel (1991) Apresentação: interpretação e representação na saúde coletiva. *Physis*, 1(2): 7-22.

BUSS, Paulo Marchiori (2008) "Una introducción al concepto de promoción de la salud". En: D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Orgs.) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial, Buenos Aires. pp. 19-46.

CABALLERO HOYOS, Ramiro; TORRES LÓPEZ, Teresa; CHONG VILLARREAL, Francisco; PINEDA LUCATERO, Alicia; ALTUZAR GONZÁLEZ, Marlene y LÓPEZ COUTIÑO, Berenice (2006) Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Revista de Saúde Pública*, 40(1): 126-133.

CANGUILHEM, Georges (2004) *Escritos sobre la medicina*. Amorrortu editores, Buenos Aires. 122 pp.

CAPONI, Sandra (2002) Trópicos, microbios y vectores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 9: 111-138.

CAPONI, Sandra (2003) Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 10(1): 113-149.

CECILIO DE OLIVEIRA, Luiz Carlos (2001) “As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde”. En: R. Pinheiro y R.A. Mattos (Orgs.) *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado a saúde*. IMS, UERJ, ABRASCO, Río de Janeiro. pp. 113-125.

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (2014) *Dengue y Dengue Hemorrágico*. <http://www.cdc.gov/spanish/enfermedades/dengue>

CHIARAVALLLOTI NETO, Francisco; MORAES, Maria Silvia de y FERNANDES, Maria Aparecida (1998) Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. *Cadernos de Saúde Pública*, 14: 101-111.

CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph (1992) “From badness to sickness: changing designations of deviance and social control”. En: *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Temple University Press, Philadelphia, United States of America. pp. 17-37.

CREHAN, Kate (2004) *Gramsci, Cultura y Antropología*. Edicions Bellaterra, España. 249 pp.

CURETTI, Paula (2010) “Prevención del dengue en contextos de pobreza urbana del Distrito Sur de la ciudad de Rosario”. En: *VI Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. 16 pp.

CURETTI, Paula (2011a) “¿Saneamiento doméstico o políticas públicas en salud? Perspectivas y prácticas biomédicas en torno a la prevención del dengue en Rosario”. En: *11as Jornadas Rosarinas de Antropología Sociocultural*. Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes, UNR. 13 pp.

CURETTI, Paula (2011b) “Perspectivas y prácticas biomédicas en torno a la prevención del dengue en el barrio Tablada”. En: *Actas del X Congreso Argentino de Antropología Social*. Universidad de Buenos Aires. 22 pp.

CURETTI, Paula (2014) *Aportes del enfoque relacional para el estudio de la epidemia de dengue (Rosario - 2009)*. Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Inédito. 15 pp.

CURETTI, Paula (2016) *Condiciones de Trabajo y Salud de los Trabajadores de un Centro de Atención Primaria de la Salud (Distrito Sur - Ciudad de Rosario)*. Proyecto Final de la Carrera de Posgrado de Especialización en Higiene y Seguridad en el Trabajo. Facultad de Ciencias Exactas, Ingeniería y Agrimensura, Universidad Nacional de Rosario. Inédito. 107 pp.

CURETTI, Paula y SCHAPIRA, Marta (2012) “El ‘Día D’ en clave intersectorial. Notas sobre la prevención de la enfermedad del dengue en el barrio ‘Tablada’”. En: *V Jornadas de Ciencia y Tecnología*. Secretaría de Ciencia y Tecnología, UNR. pp. 125-127.

CZERESNIA, Dina (2008) “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. En: D. Czeresnia y C. Machado de Freitas (Orgs.) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial, Buenos Aires. pp. 47-63.

CZERESNIA, Dina y MACHADO DE FREITAS, Carlos [Orgs.] (2008) *Promoción de la Salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 200 pp.

DE MARTINO, Ernesto (2000) *La Tierra del Remordimiento*. Edicions Bellaterra, España. 406 pp.

DELAPORTE, François (1989) *Historia de la fiebre amarilla. Nacimiento de la medicina tropical*. CEMCA – IIH, Universidad Nacional Autónoma de México, México. 162 pp.

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA (2009) *Evolución de los casos de dengue. Provincia de Santa Fe*. Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Santa Fe. 11 pp.

DROVETTA, Raquel Irene y EYNARD, Martín (2011) La construcción de metáforas y adjetivaciones sobre la enfermedad en la prensa escrita: el caso de la epidemia de dengue en Córdoba durante abril de 2009. *Saúde e Sociedade*, 20(1): 241-256.

FLEURY, Sonia (2002) El desafío de la gestión de las redes de políticas. *Revista Instituciones y Desarrollo*, 12-13: 223-249.

FLORES SALINAS, Oriana (2017) *La comunicación organizacional en la prevención de riesgos laborales*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. 393 pp.

FOUCAULT, Michel (2002) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo Veintiuno Editores Argentina, Buenos Aires. 314 pp.

FOUCAULT, Michel (2003) *Historia de la Locura en la Época Clásica*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México. 992 pp.

FOUCAULT, Michel (2011) *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI Editores, Buenos Aires. 272 pp.

FRANKENBERG, Ronald (1992) "‘Your Time or Mine’: temporal contradictions of biomedical practice". En: R. Frankenberg (Ed.) *Time, Health and Medicine*. Sage Publications, London. pp. 1-30.

GALASSO, Norberto (1997) *Jauretche. Biografía de un argentino*. Homo Sapiens Ediciones, Rosario. 150 pp.

GEERTZ, Clifford (1991) *La Interpretación de las culturas*. Editorial Gedisa, Barcelona. 387 pp.

GERGOLET, Silvia (1999) *Aquel... "sucedió en Tablada". "El aluvión zoológico"... "Era el subsuelo de la Patria sublevado"*. Tesis de Licenciatura en Antropología. Facultad de Humanidades y Artes, UNR. Inédita. 298 pp.

GERGOLET, Silvia (2001) *Aquel.... "sucedió en Tablada"... "el aluvión zoológico"... "era el subsuelo de la Patria sublevado"*. *Revista de la Escuela de Antropología*, Vol. VI: 171-182.

GIBBONS, Robert y VAUGHN, David (2002) Dengue: An escalating problem. *British Medical Journal*, 324(7353):1563-1566.

- GLASER, Barney y STRAUSS, Anselm (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine, Chicago. 282 pp.
- GRAMSCI, Antonio (2001) *Cuadernos de la cárcel*. Tomo 6. Ediciones Era / Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. 613 pp.
- GRIMBERG, Mabel (2000) Género y VIH-SIDA. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con VIH. *Cuadernos Médico Sociales*, 78: 41-54.
- GRIMBERG, Mabel (2002) VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médicos Sociales*, 82: 43-59.
- GRIMBERG, Mabel (2003) Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social*, 17: 79-99.
- GRIMBERG, Mabel (2009) *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico*. Antropofagia, Buenos Aires. 192 pp.
- GUBER, Rosana (1991) *El Salvaje Metropolitano*. Editorial Legasa S.A., Buenos Aires. 383 pp.
- GUBER, Rosana (2004) *La Etnografía: Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma. Bogotá, Colombia. 146 pp.
- HERZLICH, Claudine (1969) *Santé et Maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Mouton, París. pp. 1519-1521
- HERZLICH, Claudine y PIERRET, Janine (1988) De ayer a hoy: construcción social del enfermo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 43: 21-30.
- JODELET, Denise (1985) "La representación social: Fenómenos, concepto y teoría". En: S. Moscovici (Org.) *Psicología Social II*. Ediciones Paidós, Barcelona. pp. 469-494.
- JODELET, Denise (1989) "Représentations sociales: un domain en expansion". En: D. Jodelet (Org.) *Les Représentations Sociales*. Presses Universitaires de France, París. pp. 31-61.

JODELET, Denise (2003) Pensamiento Social e Historicidad. *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, Vol. XXIV, 93: 97-113.

KOLDORF, Ana Esther; CASTRO, Pilar Rosa de y COLESO, Silvina (2005) "Las 'huellas' de la memoria en Tablada, un barrio de trabajadores de la ciudad de Rosario". En: N. Rebetez Motta y N. Ganduglia (Coords.) *El descubrimiento pendiente de América Latina: diversidad de saberes en diálogo hacia un proyecto integrador*. Signo Latinoamérica, España. pp. 133-144.

KOURÍ, Gustavo (2006) El dengue, un problema creciente de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(3):143-145.

LA CAPITAL (2009) *Tablada, un barrio donde el delito y la impunidad caminan de la mano*. <http://www.lacapital.com.ar/policiales/-20091129-0028.html>

LA CAPITAL (2011) *Uno de cada tres homicidios de este año se produjo en zona SUR*. http://www.notiexpress.com.ar/contentFront/rosa-policiales-4/uno-de-cada-tres-homicidios-de-este-ano-se-produjo-en-zona-sur-119520.html?skin=movil¤tPage=7¤tActionPager=8&orderBy=&orderMode=DESC&force_publish=&force_skin=1

LAWRENCE, David Herbert (1923) "The Mosquito". *Birds, Beasts and Flowers. Poems*. Publisher M. Secker, London. pp. 89-92.

LÉVI-STRAUSS, Claude (1988) *Tristes Trópicos*. Ediciones Paidós Ibérica, Buenos Aires. 468 pp.

LIBORIO, Mónica; TOMISANI, Adriana; MOYANO, Cecilia; SALAZAR, Ramiro y BALPARDA, Laura (2004) Estrategias de prevención de dengue - Rosario, Argentina. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7 (3): 311-327.

MAGALHÃES DE OLIVEIRA, Rosely (1998) A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 69-78.

MALLA, Jorge (2006) *Historia del Barrio Tablada y de la Biblioteca C.C. Vigil*. Editado por la Vecinal AVROSE (Asociación Vecinal Rosario Sud Este), Rosario. 260 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata, México. 590 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (1984) El Modelo Médico Hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del Modelo de Autoatención en Salud. *Arxiu D'Etnografia de Catalunya*, 3: 84-119.

MENÉNDEZ, Eduardo (1990a) *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana, México. 277 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (1990b) *Sistemas Locales de Salud. Aproximaciones teórico-metodológicas*. México. Mimeo. 69 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4 (7): 71-83.

MENÉNDEZ, Eduardo (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Edicions Bellaterra, España. 421 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (2003) Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8 (1): 185-207.

MENÉNDEZ, Eduardo (2008) Epidemiología Sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad*, XX (2): 5-50.

MENÉNDEZ, Eduardo (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 312 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo (2010) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Prohistoria Ediciones, Rosario. 414 pp.

MENÉNDEZ, Eduardo y DI PARDO, Renée (1996) *De algunos alcoholismos y algunos saberes: atención primaria y proceso de alcoholización*. Ediciones de la Casa Chata, México. 328 pp.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (2009) *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 336 pp.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2000) *Dengue: Prevención y Control. Guía para Municipios*. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Coordinación Nacional de Vectores, Buenos Aires. 25 pp.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2009a) *Enfermedades Infecciosas Dengue. Diagnóstico de Dengue. Guía para el Equipo de Salud N°2*. [Febrero] Dirección de Epidemiología, Buenos Aires. 35 pp.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2009b) *Enfermedades Infecciosas Dengue. Diagnóstico de Dengue. Guía para el Equipo de Salud N°2*. [Agosto] Dirección de Epidemiología, Buenos Aires. 52 pp.

MOSCOVICI, Serge (1989) "Des représentations collectives aux représentations sociales". En: D. Jodelet (Org.) *Les Représentations Sociales*. Presses Universitaires de France, París. pp. 62-86.

MOSQUERA, Mario; OBREGÓN, Rafael; LLOYD, Linda; OROZCO, Mayra y PEÑA, Angélica (2006) Comunicación, movilización y participación: lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre dengue (FD). *Investigación y Desarrollo*, 14(1): 120-151.

OBSERVATORIO SOCIAL ROSARIO (2012) *Barrio Tablada: Análisis y Proyecciones a partir del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 - INDEC*. Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario. Mimeo. 25 pp.

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2012) *Dengue*. http://search.who.int/search?q=dengue&ie=utf8&site=default_collection&client=_es&proxystylesheet=_es

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014a) *Dengue and Severe Dengue*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014b) *WHO Report on Global Surveillance of Epidemic-prone Infectious Diseases. Dengue and Dengue Haemorrhagic Fever*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66485/WHO_CDS_CSR_ISR_2000.1.pdf?sequence=1

OMS [Organización Mundial de la Salud] (2014c) *Dengue en las Américas. Actualización sobre la Situación Regional del Dengue*. <http://www.who.int/topics/dengue/es/index.html>

OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2012) *Enfermedades desatendidas, tropicales y transmitidas por vectores: Dengue*. www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=1&Itemid=40734&lang=es

OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2014a) *The History of Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) in the Region of the Americas, 1635–2001*. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/A%20timeline%20for%20dengue.pdf>

OPS [Organización Panamericana de la Salud] (2014b) *Dengue*. www.paho.org/arg/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=1&Itemid=214

OSZLAK, Oscar (2009) "Implementación participativa de políticas públicas: aportes a la construcción de un marco analítico". En: A. Belmonte (Ed.) *Construyendo confianza: hacia un nuevo vínculo entre Estado y Sociedad Civil*. Fundación CIPPEC, Buenos Aires. pp. 9-47.

OSZLAK, Oscar y O'DONNELL, Guillermo (1995) Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2(4): 99-128.

PAIM, Jairnilson Silva (1997) "Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação". En: Barata R. (Org.) *Condições de vida e situação de saúde*. ABRASCO, Rio de Janeiro. pp. 7-30.

PAIM, Jairnilson Silva y ALMEIDA-FILHO, Naomar (1998) Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*, 32 (4): 299-316.

PALMIERI, Omar y SEIJO, Alfredo (2001) "Dengue". En: O. Palmieri (Ed.) *Enfermedades Infecciosas*. Editorial McGraw-Hill Interamericana, Chile. pp. 546-550.

PÉRGOLA, Federico (2012) Dengue: ¿Endemia o Epidemia? *Revista Argentina de Salud Pública*, 3 (10): 47-48.

PIERRET, Janine (2000) Vivir con el VIH en un contexto de enfermedad crónica: aspectos metodológicos y conceptuales. *Cuadernos Médicos Sociales*, 77: 35-44.

RANGEL-S, Maria Ligia (2008) Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25): 433-441.

RECODER, María Laura (2006) *Vivir con HIV-Sida. Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Tesis de Doctorado en Ciencias Sociales. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia. Inédita. 256 pp.

ROCKWELL, Elsie (2009) *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Editorial Paidós, Buenos Aires. 99 pp.

RODRÍGUEZ, Gregorio; GIL, Javier y GARCÍA, Eduardo (1996) *Metodología de la investigación cualitativa*. Aljibe, Málaga. 380 pp.

ROSEN, George (1985) *De la policía médica a la medicina social*. Siglo XXI Editores. México. 384 pp.

ROSENBERG, Charles (1997) "Framing Disease: Illness, Society and History". En: C. Rosenberg y J. Golden (Eds.) *Framing Disease. Studies in Cultural History*. Rutgers University Press, New Jersey, United States of America. 331 pp.

ROVERE, Mario (1997) *Taller sobre Gestión de Redes*. Curso de Políticas y Gerencia Social para el Nuevo Cuyo. SIEMPRO. 17 pp.

ROVERE, Mario (1999) Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. *Cuadernos Médicos Sociales*, 75: 31-63.

ROVERE, Mario y SIEDE, Mario [Coords.] (2001) *La Agencia Social. Aportes al debate sobre las políticas sociales en Argentina*. Documento de trabajo elaborado por los equipos técnicos de la Secretaría de Política Social y de la Unidad de Financiamiento Internacional del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la República Argentina. 13 pp.

SACCHETTI, Laura y ROVERE, Mario (2007) *La Salud Pública en las Relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos*. Editorial El Agora, Córdoba. 60 pp.

SCHEPER-HUGHES, Nancy (1990) Three propositions for a critically applied medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 30 (2): 189-197.

SCHEPER-HUGHES, Nancy y LOCK, Margaret (1987) The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, Nueva Serie 1(1): 6-41.

- SCHUTZ, Alfred (1979) Bases da Fenomenologia. En: *Fenomenologia e Relações Sociais*. Zahar Editores, Rio de Janeiro. pp. 53-76.
- SCHUTZ, Alfred y LUCKMANN, Thomas (2001) *Las estructuras del mundo de la vida*. Amorrortu Editores, Buenos Aires. 315 pp.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA (2009) *Guía de procedimiento para la realización de los operativos de bloqueo y descacharrización*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Mimeo. 2 pp.
- SEIJO, Alfredo (2001) El dengue como problema de salud pública. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 99 (6): 510-521.
- SILVA, Armando (1998) *Imaginario urbanos: (cultura y comunicación urbana)*. Tercer Mundo Editores, Bogotá. 317 pp.
- SiME [Sistema Municipal de Epidemiología] (2009a) *El dengue: problema del modo de vida urbano. Informe Situación en Rosario Año 2009*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, Rosario. Mimeo. 79 pp.
- SiME [Sistema Municipal de Epidemiología] (2009b) *Acciones frente al dengue*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, Rosario. Mimeo. 48 pp.
- SiME [Sistema Municipal de Epidemiología] (2010) *Situación de Dengue en la Provincia de Santa Fe*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Mimeo. 1 pp.
- SiME [Sistema Municipal de Epidemiología] (2011) "Dengue". *Boletín de Epidemiología - 2011*. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, Rosario. pp. 82-115.
- SONTAG, Susan (2005) *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*. Taurus Pensamiento, Buenos Aires. 85 pp.
- SUÁREZ, Roberto (2000) Aspectos culturales en la subsistencia y reproducción del dengue y del *Aedes aegypti*. Una discusión sobre la importancia de la investigación en la antropología médica. *Boletín de Antropología Universidad Javeriana*, 6 (6): 33-44.

SUÁREZ, Roberto; GONZÁLEZ URIBE, Catalina y VIATELA, Juan Manuel (2004) Dengue, políticas públicas y realidad sociocultural: una aproximación al caso colombiano. *Revista Colombiana de Antropología*, 40: 185-212.

SUTTER, Paul (2000) “Arrancarle los dientes al trópico”: ambiente, enfermedad y el programa sanitario de Estados Unidos en Panamá, 1904-1914. *Papeles de Población*, 6 (24): 61-93.

TAYLOR, Steve y BOGDAN, Robert (1996) *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Editorial Paidós, Barcelona. 343 pp.

TEIXEIRA, Maria Glória (2008) Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25): 442-444.

TESTA, Mario (1997) *Pensar en Salud*. Lugar Editorial, Buenos Aires. 233 pp.

TORRES LÓPEZ, Teresa; GUERRERO CORDERO, Joana y SALAZAR ESTRADA, José (2012) Dimensiones culturales del dengue que favorecen o dificultan su prevención en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3):197–203.

USANDIZAGA, Julián (2014) *Dibujos*. Espacio Santafesino Ediciones, Ministerio de Innovación y Cultura de Santa Fe.

VILAÇA MENDES, Eugénio; FONTES TEIXEIRA, Carmen; CARDOSO ARAUJO, Eliane y LOGIODICE CARDOSO, Maria Rosa (1993) “Distritos Sanitários: conceitos-chave”. En: E. Vilaça Mendes (Org.) *Distrito Sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. HUCITEC-ABRASCO. pp. 159-176.

ANEXO



DENGUE

Todos podemos prevenirlo.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

El dengue es una enfermedad viral transmitida por un tipo de mosquito que se cría en el agua acumulada en recipientes y objetos en desuso

**IMPIDAMOS LAS REPRODUCCIÓN DEL MOSQUITO.
EVITEMOS TENER EN NUESTRA VIVIENDA RECIPIENTES
QUE CONTENGAN AGUA LIMPIA ESTANCADA**



BALDES, LATAS Y ENVASES INSERVIBLES
No amontonarlos inútilmente.
Vaciarlos y eliminarlos



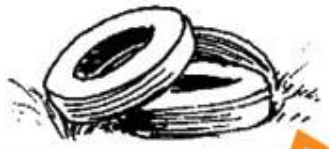
TACHOS Y BARRILES
Vaciarlos. Darlos vuelta boca abajo.



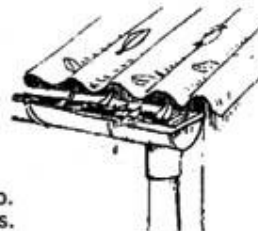
BOTELLAS VACÍAS
Taparlas, darlas vuelta o desecharlas.



RECIPIENTES PARA ALMACENAR AGUA DE CONSUMO
Lavarlos periódicamente. Cambiar el agua.
Mantenerlos siempre tapados.

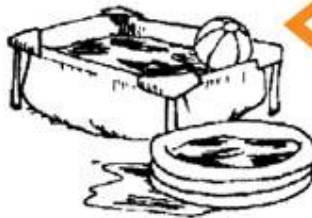


CUBIERTAS Y NEUMÁTICOS
No juntarlas al aire libre. Ponerlas bajo techo.
Taparlas. Destruirlas, quemarlas o enterrarlas.



CANALETAS PARA EL AGUA DE LLUVIA
Mantenerlas siempre limpias y destapadas.

DENGUE



◀ **PILETAS DE LONA**
Limpiarlas periódicamente.
Vaciarlas y guardarlas
cuando no se usan.



◀ **TANQUES ELEVADOS GRANDES**
Mantenerlos perfectamente
tapados para que no entre
el mosquito.



◀ **PLANTAS CON HOJAS QUE
FORMEN DEPÓSITOS DE AGUA**
Ponerlas bajo techo
o eliminarlas.



◀ **BEBEDEROS DE ANIMALES**
Vaciarlos y limpiarlos
todos los días.



◀ **HUECOS EN LOS ÁRBOLES**
Vaciarlos y rellenar el hueco
con arena o barro.



◀ **PILETAS PARA EL LAVADO DE LA ROPA**
Vaciarlas. Evitar depósitos de agua.

Si Ud. o alguien a quien conoce presenta síntomas como: fiebre, aparición de manchas en la piel, intenso dolor de cabeza, dolor detrás de los ojos, dolor muscular, dolor de articulaciones, diríjase al Centro de Salud más cercano a su casa y haga una consulta médica sin demora.

Ante cualquier duda llame al
SISTEMA MUNICIPAL DE EPIDEMIOLOGIA

480-2200

INTERNO 155



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

II. Volante Prevención Dengue: Años 2009-2010 [Subsidiario al Folleto Apartado 9.1.]

¿Qué hacer? **¿dónde?** **¿cuánto?** **¿cómo?** **¿quién?**

tapar tinacos, piletas tambos, etc.

voltear Botellas, botes, trastos, cubetas y todos los artículos que puedan retener agua de lluvia

lavar Tambos, piletas, pilas, tinajas, albercas inflables

cambiar Si tienes floreros dentro o fuera de la casa y albercas

agujerar macetas, llantas

siempre que almacenen agua por más de 2 días

Siempre que almacenen agua

siempre que almacenen agua por más de 2 días

siempre que almacenen agua por más de 2 días

siempre

con tapas metálicas, plásticos, malla mosquitero, otros materiales caseros

voltea boca abajo todos los recipientes que puedan contener agua

lava y cepilla fuertemente la línea marcada por el agua, una vez por semana en los recipientes donde acostumbres almacenar agua

cambia el agua cada tres días

perfora los recipientes para que el agua drene

padre de familia
madre de familia
los hijos ¡todos!

padre de familia
madre de familia
los hijos ¡todos!

padre de familia
madre de familia
los hijos ¡todos!


padre de familia
madre de familia
los hijos ¡todos!

padre de familia
madre de familia
los hijos ¡todos!

Y... ¿dónde está el dengue?

en las criaderas de mosquito

...es en defensa propia



III. Folleto Prevención Dengue: Años 2010-2011



The header of the flyer features a mosquito illustration above the word "DENGUE" in large red letters. Below it, a blue banner contains the Spanish phrase "Al mosquito ni una gota de agua". To the right, two cartoon characters, one blue and one red, are shown. The blue character has a wide, toothy grin, while the red character has a more serious expression. At the bottom left of the header, there is a logo for the "MUNICIPALIDAD DE ROSARIO" (MR).

DENGUE
Al mosquito ni una gota de agua

MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

El mosquito del **DENGUE** deposita sus huevos en cualquier recipiente con agua limpia estancada y permanecen a la espera de convertirse en mosquito hasta 1 año.

LA MEDIDA MÁS EFECTIVA PARA QUE NO SE REPRODUZCA EL MOSQUITO ES LA ELIMINACIÓN DE SUS CRIADEROS DENTRO DE LAS VIVIENDAS

BALDES Y LATAS
vaciarlos y eliminarlos



A red cartoon character is shown emptying a bucket of water. A mosquito is flying away from the bucket.

BOTELLAS VACÍAS
taparlas, darlas vuelta o desecharlas



A blue cartoon character is pointing at a bottle on a table. In the background, there is a vase with flowers on another table.

CUBIERTAS Y NEUMÁTICOS
ponerlas bajo techo, taparlas, destruirlas



A blue and a red cartoon character are standing next to a tire. The blue character is pointing at the tire.

TANQUES DE AGUA
mantenerlos perfectamente tapados para que no entre el mosquito



A blue and a red cartoon character are standing next to a large water tank. The blue character is pointing at the tank.



BEBEDEROS DE ANIMALES
limpiarlos todos los días



TACHOS Y BARRILES
darlos vuelta boca abajo

UTILIZAR REPELENTE en forma reiterada cuidando no inhalarlos porque son tóxicos.



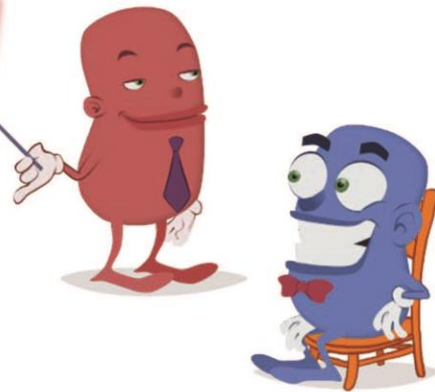
LOS CHARCOS Y ZANJAS
normalmente no son criaderos.

El dengue es una enfermedad viral transmitida por un tipo de mosquito que se cría en el agua limpia acumulada en recipientes y objetos en desuso.

Sus **SÍNTOMAS** son:

- Fiebre
- Dolor detrás de los ojos
- Dolor de cabeza intenso
- Náuseas o vómitos
- Dolores musculares y de articulaciones
- Aparición de pequeñas manchas rosadas en la piel

SI TENÉS ESTOS SÍNTOMAS, NO TE AUTOMEDIQUES,
HACÉ UNA CONSULTA MÉDICA SIN DEMORA.
ENTRE TODOS, PODEMOS PREVENIR EL DENGUE



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO

V. Instructivo del Formulario LIRAA (Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario)

El formulario comienza con datos que identifican la vivienda a inspeccionar.

| | | | | | | |
|------------|--------------------------------|-----------|----|-----------|---|---|
| Nº Manzana | Dirección | | | | | |
| | Domicilio (calle, Av.,Mza,etc) | Nº/Compl. | TB | Situación | | |
| | | | | C | R | T |

Nº Manzana: el número que figura en la manzana seleccionada (figura en el mapa suministrado).

Domicilio y Nº completo: el domicilio de la vivienda.

TB: Terreno Baldío. Recordar que en este caso no se hará la inspección de búsqueda de larvas y se realizará la actividad en la vivienda siguiente.

Situación de la vivienda (indicar según corresponda):

C: cerrada

R: rechazada

T: trabajada

El formulario continúa con el llenado de los campos referidos al número de recipientes con larvas.

| Nº de Recipientes (con larvas) | | | | | | | Identificación | |
|--------------------------------|----|---|---|----|----|---|------------------------|------------|
| Tipo de Recipiente | | | | | | | Numeración de muestras | Nº Tubitos |
| A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E | | |

Brevemente se describen los 5 grupos. Al fin de este informe se encuentran las definiciones detalladas que se deberán tener al momento del relevamiento del formulario.

Grupo A: Almacenamiento de agua para consumo humano (A1 – A2)

Grupo B: Depósitos móviles

Grupo C: Depósito Fijos

Grupo D: Posibles de removerlos o desecharlos (D1- D2)

Grupo E: Naturales

Tipo de recipiente: en este campo se deberá indicar el número de recipientes (de los cuales se extrajeron muestras) que pertenecen al grupo correspondiente de los nombrados anteriormente (A1, A2, B, C, D1, D2, E).

Numeración de muestras: por ejemplo, si en la primera vivienda se recogieron 3 muestras entonces se registra '1-3', si en la segunda vivienda se recogieron 5 muestras, se coloca '4-8'.

Nº de Tubitos: se coloca el total de tubitos por vivienda inspeccionada. Siguiendo con el ejemplo anterior, en la primera vivienda se registra '3' y en la segunda '5'.

En la siguiente sección del formulario se debe recolectar información acerca de los potenciales criaderos de larvas de mosquito.

| | | | | | | |
|---|----|---|---|----|----|---|
| Nº de potenciales criaderos (sin larvas y con o sin agua) | | | | | | |
| Tipo de Recipiente | | | | | | |
| A1 | A2 | B | C | D1 | D2 | E |

En este campo se deberá indicar el número de recipientes con o sin agua, **y sin larvas**, que se encuentren y pueden llegar a constituir un posible criadero, identificando a qué grupo pertenecen (A1, A2, B, C, D1, D2, E), utilizando la misma codificación anterior.

El llenado de lo que resta del formulario será registrado por el personal del laboratorio.

Tipos y definición de recipientes:

Grupo A: Almacenamiento de agua para consumo humano

Se dividen en dos subgrupos:

A1: Recipiente de agua elevado ligado a la red pública y/o los sistemas de captación mecánica conectados a la red de agua para consumo.

A2: Recipientes a nivel del suelo para almacenamiento doméstico, tanques bajos, tambores, toneles, barriles, aljibes, cisternas o pozo.

Grupo B Recipientes móviles

Vasos, macetas, floreros, plantas acuáticas, frascos con agua, platos, recipientes de plásticos, piletín de plástico o lona, garrafas, bebederos de animales, fuentes ornamentales removibles, recipientes de descongelamiento de heladeras, materiales de depósitos de construcción, objetos religiosos, rituales, damajuanas.

Grupo C: Recipientes fijos

Tanques o depósitos en obras, canaletas de lluvia, canales y charcos en desniveles, bateas en gomerías, tejas, sanitarios en desuso, piscinas no tratadas, fuentes ornamentales fijas, floreros o vasos en cementerios, pedazos de vidrios en muros o medianeras, cajas de inspección, otras obras arquitectónicas.

Grupo D: Posibles de removerlos o desecharlos

Se divide en dos subgrupos

D1: neumáticos, cubiertas, cámaras, parches, pedazos de cámaras

D2: basuras, elementos en desuso o para tirar (recipientes plásticos, latas, trozos de tela plástica, botellas, latas, chatarras).

Grupos E: Naturales

Huecos y axilas de plantas o de árboles, agujeros en rocas, restos de animales, cáscaras y conchas, hojas de árboles o arbustos.

VI. Instructivo del Larvicida Biológico 'Introban' [Anillos de Liberación Constante]

LARVICIDA – Anillos de liberación constante

El anillo de liberación (Introban) mata las larvas del mosquito y evita su formación por más de 30 días. Se aplica en todo tipo de recipientes propicios para la reproducción de mosquitos y de difícil remoción, como ser tanques sin tapa, bebederos y tarros en los que se recolecte agua.

Funciona sobre la superficie del agua liberando niveles efectivos de producto. No afecta el medioambiente ya que en la dosis utilizada no es tóxico para el hombre ni para insectos, peces, pájaros u otros animales. La dosis usual recomendada es de 1 unidad cada 9 m² sin importar la profundidad del agua, pudiendo utilizarse fraccionado según varíe la superficie, tal como indica la siguiente tabla:

| <i>Superficie</i> | <i>Fracción</i> |
|--------------------------|---------------------------|
| 0,1 a 0,5 m ² | un cuarto |
| 0,5 a 2,3 m ² | medio |
| 2,3 a 9 m ² | uno |
| Más de 9 m ² | uno cada 9 m ² |

Precauciones: No dejar al alcance de los niños, almacenar en un lugar seco y fresco, alejado de alimentos, y durante la aplicación usar guantes y no aspirar.



VII. Instructivo del Larvicida Biológico 'Bactivec' [Solución Líquida]

USO DE LARVICIDAS

No arrojar en la vía pública

El larvicida biológico sirve para matar las larvas de mosquitos y no afecta a las personas, animales ni a otros insectos acuáticos ni terrestres.

Su uso es recomendado para los recipientes que tienen agua y que por su uso no pueden ser vaciados ni tapados y que se encuentran en lugares donde no les da el sol directo (por ejemplo bebederos de animales, aljibes, etc.). Para todos los demás recipientes se recomienda eliminar y limpiar periódicamente.

Dosis de aplicación:

Es conveniente leer siempre las instrucciones del envase.

En el caso del larvicida "Bactivec" se recomienda agregar 20 gotas cada 50 litros de agua.

Ejemplos:

1 botella de gaseosa de 2 ¼: 1 gota

1 balde de 5 litros: 2 gotas

1 balde de 10 litros: 4 gotas

Frecuencia de aplicación:

Es recomendable aplicarlo cada 15 días.

Precauciones

- No dejar al alcance de los niños
- Almacenar en lugar seco y fresco, alejado de alimentos
- Durante la aplicación usar guantes y no aspirar.

No es necesario agregar larvicida en el agua para consumo ya que se estima que la misma se renueva en un período menor a los 3 días, de todas maneras su uso no está contraindicado. Recuerde conservar estos recipientes correctamente tapados.



MUNICIPALIDAD DE ROSARIO
Secretaría de Salud Pública



VIII. Ficha de Investigación de Casos de Síndrome Febril (Ministerio de Salud de la Nación - Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario)



Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

FICHA DE INVESTIGACION DE CASOS
DE SINDROME FEBRIL

SF

Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, acompañado de mialgias o cefalea, sin evidencia de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

1. DATOS DEL DECLARANTE

Provincia: _____ Departamento: _____ Localidad: _____
 Establecimiento Notificante: _____ Fecha de Notificación: ____/____/____
 Apellido y Nombre del Profesional: _____
 Tel.: _____ Fax: _____ e-mail: _____

2. IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Apellido y nombres: _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M () F () DNI: _____
 Domicilio actual: _____ Tel. propio o vecino: _____
 Referencia de ubicación domicilio: _____ Localidad: _____
 Urbano () Rural () Departamento: _____ Provincia: _____
 Centro de salud al que asiste: _____

3. DATOS CLINICOS

Fecha de inicio de la fiebre: ____/____/____ Fecha de la consulta: ____/____/____

| | SI | No | Ign. | | SI | No | Ign. | | SI | No | Ign. | |
|---------------------------------------|----|----|------|---|----|----|------|--------------------|----|----|------|--|
| Fiebre ($T > 38^{\circ}C$) | | | | Dolor abdominal | | | | Hepatomegalia | | | | |
| Cefalea | | | | Inyección conjuntival | | | | Esplenomegalia | | | | |
| Mialgias | | | | Tos | | | | Oligoartralgia | | | | |
| Artralgias | | | | Diarrea | | | | Sínd. conjuntival | | | | |
| Dolor retroocular | | | | Taquipnea | | | | Sínd. meningeo | | | | |
| Empoña | | | | Prurito | | | | Exocelitis | | | | |
| Náuseas | | | | Leucorrea | | | | Sínd. Hemorrágico* | | | | |
| Vómitos | | | | * Especificar (marcar con una cruz): petequias...; púrpura...; epistaxis...; glugliomagia...; | | | | | | | | |
| Diarrea | | | | hemoptik...; melena...; vómitos negros...; otros..... | | | | | | | | |

Tensión: MIN/...../..... MAX...../...../..... Pulso:...../...../..... Prueba del torniquete: POS () NEG () FR...../...../.....
 Hto:.....% GB:...../...../.....mm3 . Fórmula:/...../...../...../...../..... Plaq:...../...../.....mm3 . VSG:...../...../.....mm

4. DATOS EPIDEMIOLOGICOS

Ocupación de riesgo: _____ Lugar de trabajo: Urbana () Periurb () Rural () Silvestre ()
 Viajó durante los últimos 45 días? Si () No () Fecha: ____/____/____ Destino: _____
 Estuvo en el campo, monte, lugar de recreación? Si () No () Fecha: ____/____/____ Lugar: _____
 Conoce casos similares? Si () No () Quién/es? _____
 ANTECEDENTE DE VACUNACIÓN (confirmar con carnet)
 Antiamarilla: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____
 Fiebre Hemorrágica Argentina: Si () No () Ign () Última fecha de vacunación: ____/____/____

SOSPECHA CLINICA EPIDEMIOLOGICA

(calificar por n° de orden) Paludismo () Dengue () Fiebre Amarilla () Leptospirosis () FHA () Hantavirus ()
 Rickettsiosis () Virus del Oeste del Nilo () Enoef. de San Luis () Otros: _____
 Tratamiento empírico indicado (tipo y dosis): _____



ENVIAR: muestra y ficha epidemiológica a laboratorio
 NOTIFICACION INMEDIATA: Sistema Municipal de Epidemiología S.S.P. Municipalidad de Rosario
 Tel.: 4902200 int 117 Tel./Fax: int 155 Cel.: 155797602 / 155797593 E-mail: sime@rosario.gov.ar



Definición de caso sospechoso: Persona de cualquier edad y sexo que presenta fiebre, de menos de siete (7) días de duración, acompañado de mialgias o cefalea, sin afección de las vías aéreas superiores y sin etiología definida.

| 5. DATOS DE LABORATORIO | |
|--|--|
| Fecha de la 1ª muestra: ____/____/____ | Resultado: _____ Método: _____ |
| Fecha de la 2ª muestra: ____/____/____ | Resultado: _____ Método: _____ |
| 6. ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN | |
| Tratamiento indicado al paciente: _____ | |
| Droga utilizada para el tratamiento: _____ | Cantidad aplicada (Dosis): _____ |
| Identificación de contactos o expuestos: Si () No () | Nº de contactos o expuestos identificados: _____ |
| Quimioprofilaxis a contactos o expuestos: Si () No () | Nº de profilaxis indicadas: _____ |
| Droga utilizada para la profilaxis: _____ | Cantidad aplicada (Dosis): _____ |
| Bloqueo con vacunas: Si () No () | Nº de vacunas aplicadas: _____ |
| Bloqueo con insecticidas, rodenticidas, etc.: Si () No () | Nº de viviendas controladas: _____ |
| Sitios de riesgo controlados (basurales, cementerios, etc.): Si () No () ¿Cuales?: _____ | |
| Insecticida/rodenticida/biocida utilizado: _____ | Cantidad aplicada: _____ |
| ¿Se hizo tratamiento espacial? Si () No () | |
| Insecticida utilizado para tratamiento espacial: _____ | Cantidad aplicada: _____ |
| 7. EVOLUCION Y CLASIFICACION DEL CASO | |
| Paciente Hospitalizado: Si () No () Ign () | Fecha hospitalización: ____/____/____ |
| Condición del alta: _____ | Fecha del alta: ____/____/____ |
| | Fecha de defunción: ____/____/____ |
| Diagnóstico final: _____ | Fecha: ____/____/____ |

SOLICITUD DE PLASMA INMUNE (PLASMA DE CONVALECIENTE DE FHA)

El que suscribe, Dr /a. _____
Matrícula N° _____, médico de cabecera del paciente cuyo nombre y apellido es : _____
que se encuentra internado en _____
solicita plasma de convalciente de FHA, de grupo sanguíneo _____ Rh _____
y a fin de determinar la dosis de plasma adecuada informo que dicho paciente pesa _____ Kgs.
y se adjunta la ficha de notificación individual correspondiente y una muestra de sangre para serología extraída dentro de las últimas 24 horas (1).

Lugar _____ Fecha: ____/____/____
Firma del médico: _____ Aclaración: _____

- (1) La muestra debe ser extraída sin anticoagulantes u otros aditivos; el suero se utilizará para diagnóstico virológico al obtener la segunda muestra, dentro de los 60 días.
Extraer 10 cc de sangre venosa (enfermo preferentemente en ayunas).
Enviar el tubo con sangre coagulada con el familiar o allegado del paciente que concurra a retirar el plasma de convalciente.

Hospital Provincial de Rosario - Servicio de Hemoterapia
Tel.: 0341- 472111/4721530 (interno 150). Enviar copia de Ficha Epidemiológica al
Sistema Municipal de Epidemiología - San Luis 2020

IX. Ficha Epidemiológica de Dengue (Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe)



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN
DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGÍA

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

| | |
|---|--|
| Provincia..... Fecha...../...../..... | |
| Hospital/Centro de Salud..... | |
| Tel/fax..... | |
| Datos del caso | |
| Apellido y Nombre..... Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de nacimiento...../...../..... Edad..... meses..... años | |
| Grado de Instrucción Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Terciaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/> | |
| Fecha de primeros síntomas...../...../..... Fecha de consulta...../...../..... | |
| Internado Si <input type="checkbox"/> Fecha...../...../..... No <input type="checkbox"/> | |
| Lugar de residencia habitual | |
| Provincia..... Municipio..... | |
| Localidad..... Zona..... | |
| Dirección..... | |
| Datos Complementarios del caso | |
| En tránsito Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Durante los últimos 15 días el paciente estuvo en su lugar de residencia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| En caso negativo responder en qué lugar estuvo: | |
| País..... Provincia..... | |
| Municipio..... Localidad..... | |
| Fecha de viaje...../...../..... Fecha de retorno...../...../..... | |
| Tuvo dengue antes? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Localidad probable donde contrajo la enfermedad..... | |
| Notó presencia del mosquito picando durante el día? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Localidad..... Municipio..... | |
| Manifestaciones clínicas | |
| Fiebre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> D. Pleural Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Epistaxis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cefalea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Dolor retroocular Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Choque Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hepatomegalia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Hemorragias Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ascitis Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Náuseas/vómitos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Pulso.....Pm Tensión Arterial...../.....mmHg fecha...../...../..... | |
| Pulso.....Pm Tensión Arterial...../.....mmHg fecha...../...../..... | |
| Notificado por..... Fecha...../...../..... | |
| Laboratorio | |
| Prueba del lazo + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no realizado <input type="checkbox"/> | |
| Hto.....% fecha...../...../..... Plaquetas.....x mm ³ Fecha...../...../..... | |
| Hto.....% fecha...../...../..... Plaquetas.....x mm ³ Fecha...../...../..... | |
| Aislamiento del virus Fecha toma muestra...../...../..... + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> no realizado <input type="checkbox"/> | |
| Elisa-IgM 1° Muestra Fecha...../...../..... Resultado..... | |
| 2° Muestra Fecha...../...../..... Resultado..... | |
| Diagnostico | |
| Dengue clásico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> F.H.D. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Descartado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Criterio clínico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Criterio epidemiológico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Laboratorio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha diagnóstico...../...../..... | |
| Evolución: Curado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fallecido Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |
| Informacion del Vector Aedes aegypti | |
| Caso Autóctono Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Caso ignorado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Caso importado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | |

Enviar a: **Epidemiología ZONA SUR 9 de Julio 325 Rosario 2000**
Telefax. 0341-4721515- e-mail epidemiologiazonasur@yahoo.com.ar

XI. Tablada en Cifras

En este apartado se incluyen algunas referencias a las dimensiones sociodemográficas y económicas más relevantes que aportan a la temática de la presente investigación.

Los datos provienen del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 - INDEC y de la Municipalidad de Rosario (MR). Fueron extraídos del Sistema de Información Georeferenciado¹ del Observatorio Social Rosario² (OSR) (dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario).

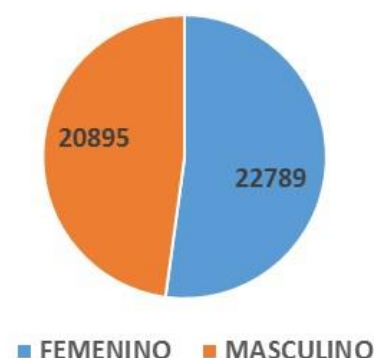
Al barrio Tablada le corresponden 47 radios censales³ localizados entre: Bv. 27 de Febrero (N), Avda. Uriburu (S), río Paraná (E) y Avda. San Martín (O).

Al sector Noreste del barrio Tablada le corresponden 6 radios censales localizados entre: Bv. 27 de Febrero (N), calle J. de Garay (S), Avda. Belgrano (E) y calle Necochea (O).

DISTRIBUCIÓN POR SEXO DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO TABLADA

| BARRIO TABLADA | | |
|----------------|------------|------------|
| SEXO | Frecuencia | Porcentaje |
| Femenino | 22789 | 52.17 |
| Masculino | 20895 | 47.83 |
| Total | 43684 | 100 |

BARRIO TABLADA
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



¹ La georeferenciación es un proceso que consiste en relacionar ciertos datos con un territorio determinado, utilizando un Sistema de Información Geográfica (GIS).

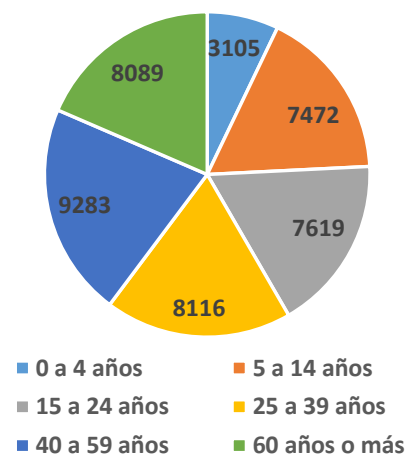
² Nota: Todas las Tablas, Figuras y Gráficos que se incluyen en este apartado constituyen adaptaciones propias. Fuente: Observatorio Social Rosario (2012).

³ Los radios censales fueron definidos por el INDEC durante el desarrollo del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Cada radio censal está constituido por un conjunto de aproximadamente 300 viviendas.

DISTRIBUCIÓN POR EDAD DE LA POBLACIÓN DEL BARRIO TABLADA

| BARRIO TABLADA | | |
|------------------|--------------|------------|
| EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
| De 0 a 4 años | 3105 | 7.11 |
| De 5 a 14 años | 7472 | 17.10 |
| De 15 a 24 años | 7619 | 17.44 |
| De 25 a 39 años | 8116 | 18.58 |
| De 40 a 59 años | 9283 | 21.25 |
| De 60 años o más | 8089 | 18.52 |
| Total | 43684 | 100 |

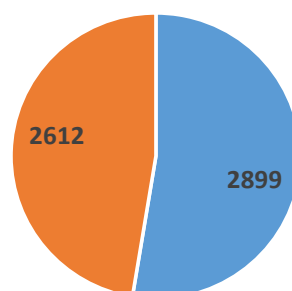
BARRIO TABLADA
DISTRIBUCIÓN POR EDAD



DISTRIBUCIÓN POR SEXO Y EDAD DE LA POBLACIÓN DEL SECTOR NORESTE DE TABLADA

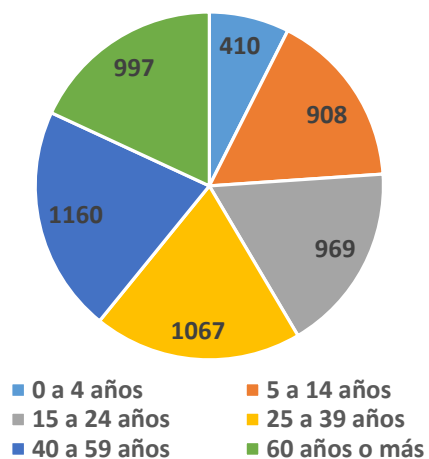
| SECTOR NORESTE DEL BARRIO TABLADA | | |
|-----------------------------------|-------------|------------|
| SEXO | Frecuencia | Porcentaje |
| Femenino | 2899 | 52.60 |
| Masculino | 2612 | 47.40 |
| Total | 5511 | 100 |

SECTOR NORESTE DEL BARRIO TABLADA
DISTRIBUCIÓN POR SEXO



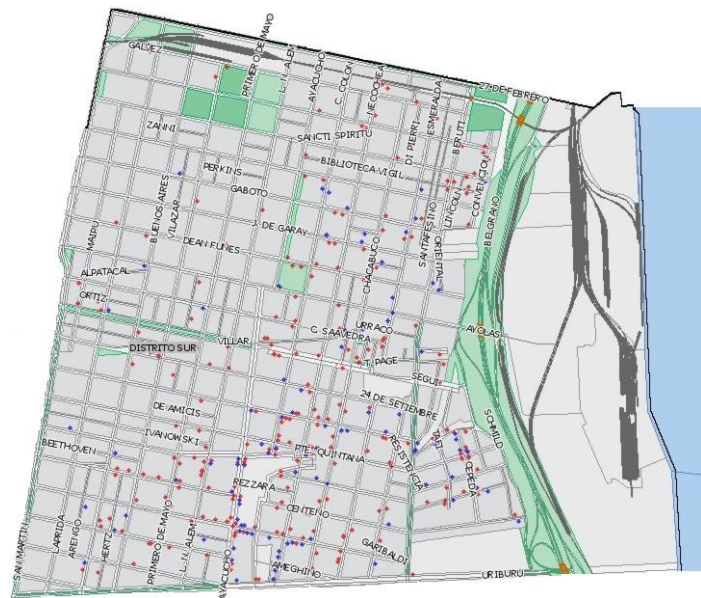
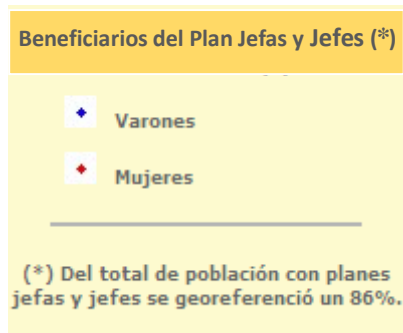
| SECTOR NORESTE DEL BARRIO TABLADA | | |
|-----------------------------------|-------------|------------|
| EDAD | Frecuencia | Porcentaje |
| De 0 a 4 años | 410 | 7.44 |
| De 5 a 14 años | 908 | 16.48 |
| De 15 a 24 años | 969 | 17.58 |
| De 25 a 39 años | 1067 | 19.36 |
| De 40 a 59 años | 1160 | 21.05 |
| De 60 años o más | 997 | 18.09 |
| Total | 5511 | 100 |

SECTOR NORESTE DEL BARRIO TABLADA
DISTRIBUCIÓN POR EDAD



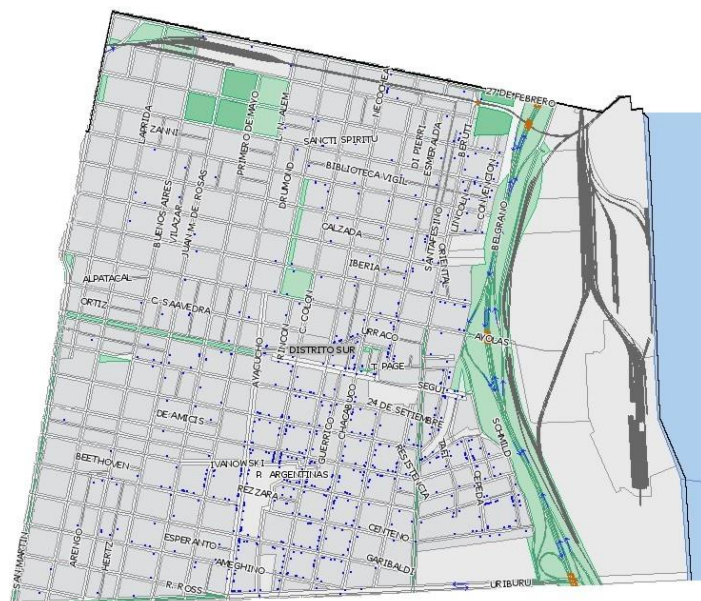
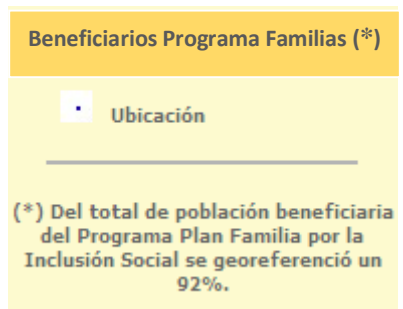
BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS DEL PLAN JEFAS Y JEFES DE HOGAR EN EL BARRIO TABLADA

Elaborado por el OSR a partir del Padrón de Beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados (Servicio Municipal de Empleo, Secretaría de Promoción Social de la MR). El Plan Jefas y Jefas de Hogar Desocupados fue creado en el año 2002 a través del Decreto Nº365/02. Este plan está destinado a jefes y jefas de hogar que se encuentren desocupados, con hijos menores de 18 años de edad o discapacitados de cualquier edad brindándole una ayuda económica. En el año 2010, del total de beneficiarios del Plan Jefas y Jefes de Hogar de la ciudad de Rosario, el Distrito Sur registró el 17.76% (el 76.47% son mujeres y el 23.53% son varones).



BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA FAMILIAS POR LA INCLUSIÓN SOCIAL EN EL BARRIO TABLADA

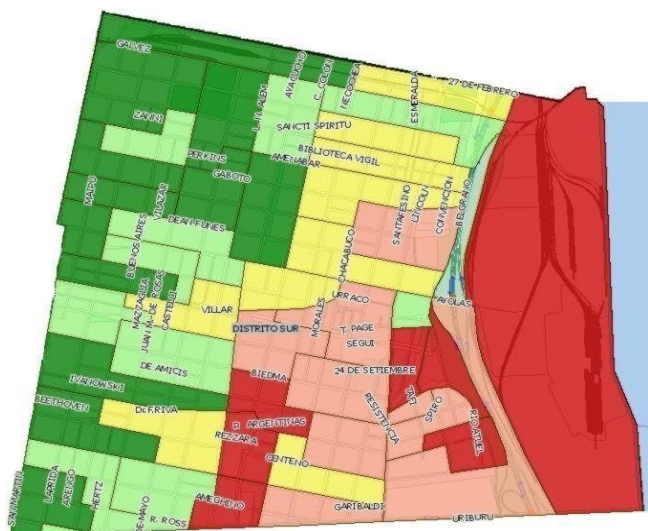
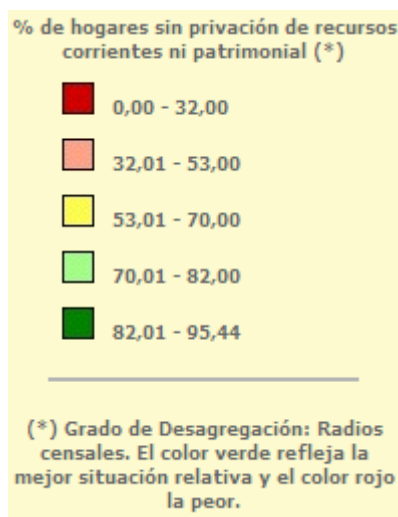
Elaborado por el OSR a partir del padrón del Programa Familias por la Inclusión Social (Programa Familias, Área de la Mujer, Secretaría de Promoción Social de la MR). El Programa coordina esfuerzos y recursos del Estado nacional con los Estados provinciales y municipales y las organizaciones de la sociedad civil para proteger e integrar a las familias en riesgo social, a través de prestaciones monetarias y no monetarias. En el año 2010, del total de beneficiarios del Programa en la ciudad de Rosario, el Distrito Sur registró el 15.58%.



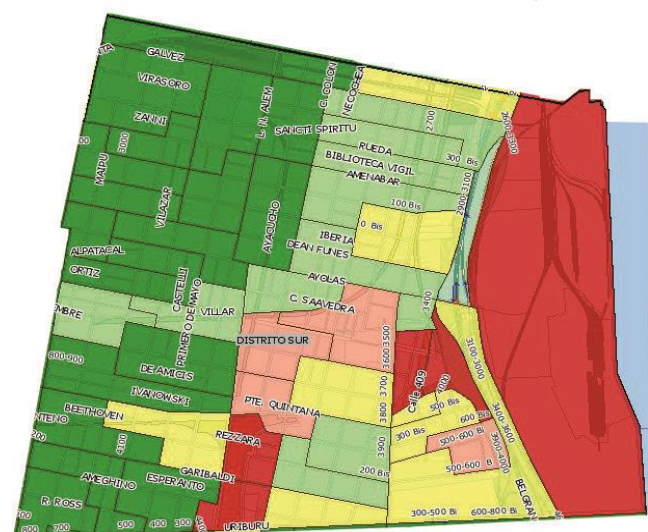
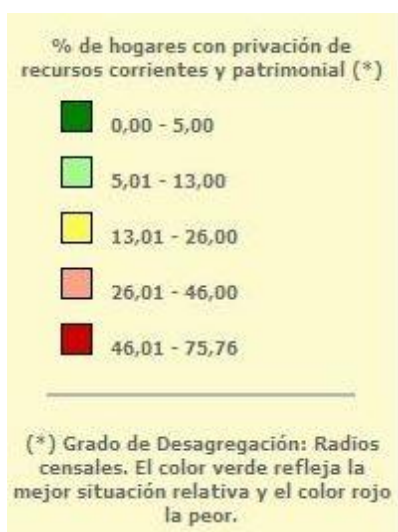
NIVEL DE PRIVACIÓN DE LOS HOGARES EN EL BARRIO TABLADA

De acuerdo con el OSR, el nivel de privación identifica a los hogares según su situación respecto a la privación material en cuanto a dos aspectos: recursos corrientes y patrimoniales. La dimensión patrimonial se mide a través del indicador de Condiciones Habitacionales, que establece que los hogares que habitan en una vivienda con pisos o techos de materiales insuficientes o sin inodoro con descarga de agua presentan privación patrimonial. La dimensión de recursos corrientes se mide a través del Indicador de Capacidad Económica, mediante el cual se determina si los hogares pueden adquirir los bienes y servicios básicos para la subsistencia. Este indicador se construye a partir de la relación entre la cantidad de ocupados y/o jubilados del hogar y la cantidad total de sus integrantes. En dicho cálculo se consideran algunas características de los integrantes del hogar, a saber: los años de escolaridad formal aprobados, el sexo, la edad y el lugar de residencia. La combinación de estas dimensiones define dos grupos de hogares: sin ningún tipo de privación y con privación convergente (cuando se presentan ambas privaciones simultáneamente).

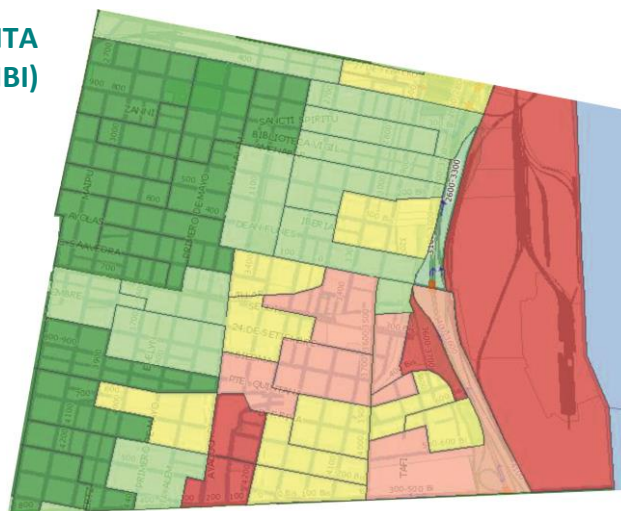
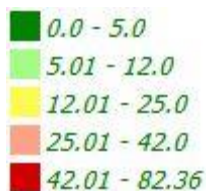
► Porcentaje de hogares sin privación de recursos corrientes ni patrimoniales en el barrio Tablada



► Porcentaje de hogares con privación de recursos corrientes y patrimoniales en el barrio Tablada

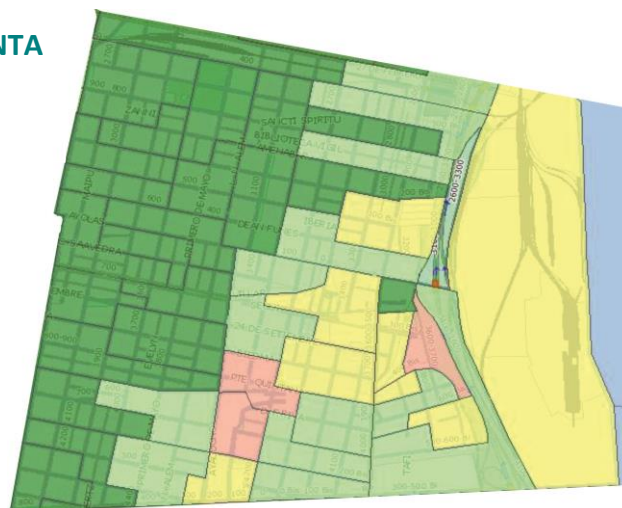
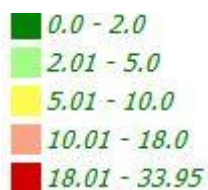


PORCENTAJE DE HOGARES QUE PRESENTA NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) EN EL BARRIO TABLADA



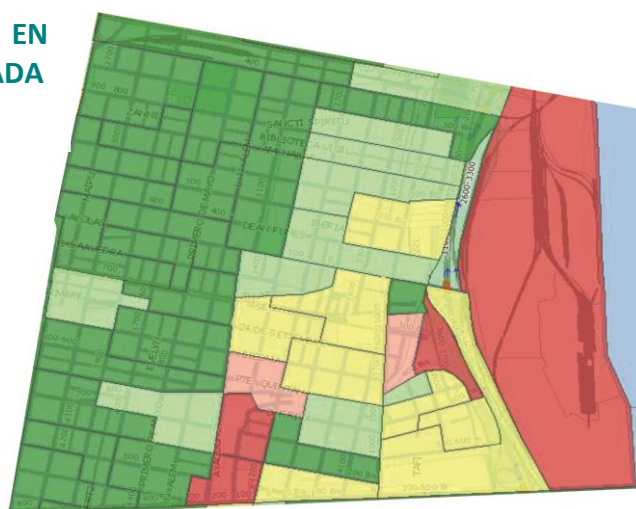
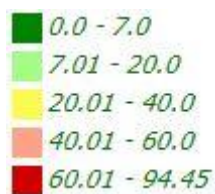
(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

PORCENTAJE DE HOGARES QUE PRESENTA HACIAMIENTO EN EL BARRIO TABLADA



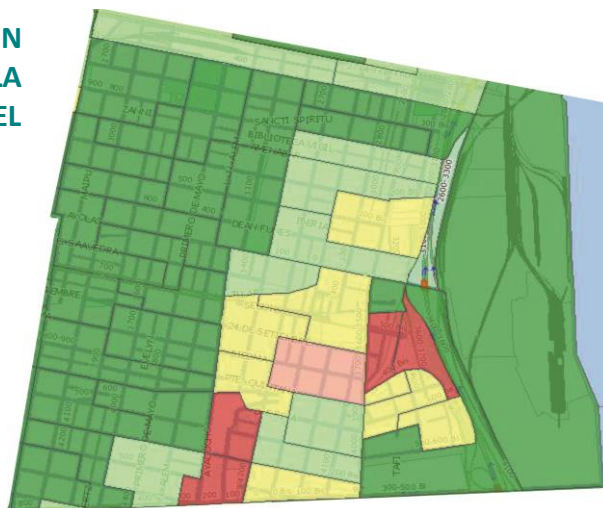
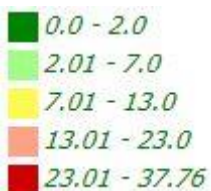
(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

PORCENTAJE DE HOGARES RESIDENTES EN VIVIENDA PRECARIA EN EL BARRIO TABLADA



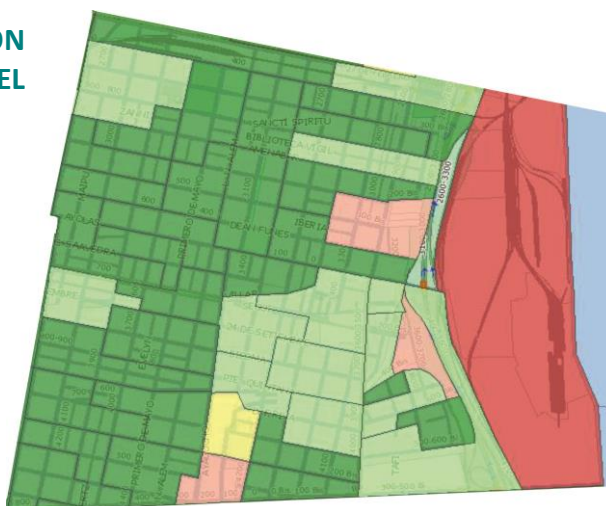
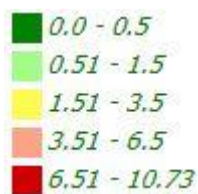
(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

PORCENTAJE DE HOGARES CON PROVISIÓN DEL AGUA POR CAÑERÍA FUERA DE LA VIVIENDA Y DENTRO DEL TERRENO EN EL BARRIO TABLADA



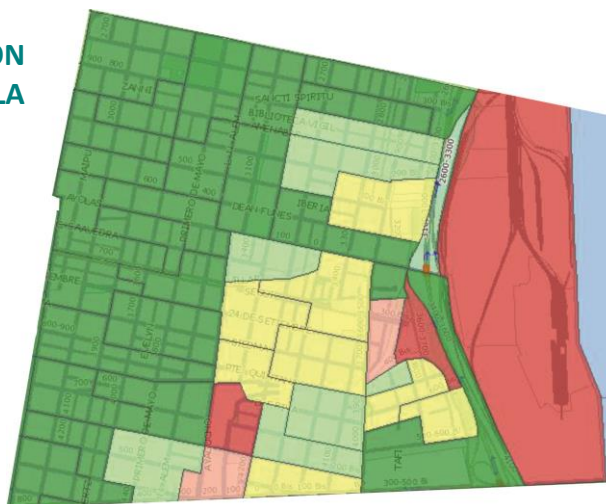
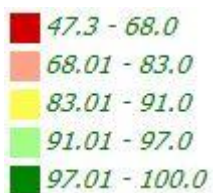
(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

PORCENTAJE DE HOGARES CON PROVISIÓN DEL AGUA POR CAÑERÍA FUERA DEL TERRENO EN EL BARRIO TABLADA



(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

PORCENTAJE DE HOGARES CON PROVISIÓN DEL AGUA POR CAÑERÍA DENTRO DE LA VIVIENDA EN EL BARRIO TABLADA



(*) Grado de Desagregación: Radios censales. El color verde refleja la mejor situación relativa y el color rojo la peor.

