

**SABERES QUE SE PRIVILEGIAN, SEGURIDADES QUE SE
CONTABILIZAN:
ESTRATEGIAS DE CONTROL DE DENGUE EN UN MUNICIPIO
DE BUENOS AIRES (ARGENTINA)**

Carolina OCAMPO*

Paula BLOIS**

Lilén GÓMEZ***

Constanza RENDÓN****

Resumen

Durante el 2020 en Argentina se ha desarrollado la peor epidemia de dengue registrada hasta el momento. De manera general, en América esta enfermedad no logra ser prevenida ni controlada. Ante esto, buscamos examinar los sentidos acerca del dengue que circulan entre agentes de salud en un municipio de Buenos Aires (Argentina). El objetivo es comprender qué tipos de saberes y formas de seguridad colectiva configuran las intervenciones contra el dengue en el municipio.

Palabras clave: Dengue- antropología- salud- seguridad- agentes de salud

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

**Dra. Antropología- UBA. Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina, Instituto de ciencias antropológicas (ICA), Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; paublois@yahoo.com.ar

***Estudiante de Filosofía- UBA .Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; lilen.z@gmail.com

****Dra. en Ciencias Biológicas- UBA- Investigadora asistente CONICET. Grupo de Filosofía de la Biología, Facultad de Ciencias Naturales y Exactas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires; Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina; coni.ren@gmail.com

Fecha de recepción del artículo: Mayo 2021

Fecha de evaluación: Agosto 2021

Abstrac

Argentina suffered during 2020 the worst outbreak of dengue registered until now. In America, it seems that this disease cannot be prevented or controlled. Consequently, our general aim is to find and examine the meanings about the dengue problem that circulate among health agents in a locality in the province of Buenos Aires. Our particular aim is to understand what types of knowledge and forms of collective security configure the interventions against dengue in the locality.

Keywords: Dengue- Anthropology- Health-Security- Health personnel

Résumé

En 2020 en Argentine, la pire épidémie de dengue enregistrée à ce jour s'est développée. En général, en Amérique, cette maladie ne peut être prévenue ou contrôlée. Compte tenu de cela, nous cherchons à examiner les sens de la dengue qui circulent parmi les agents de santé dans une municipalité de Buenos Aires (Argentine). L'objectif est de comprendre quels types de savoirs et formes de sécurité collective composent les interventions contre la dengue dans la commune.

Mots-clés: Dengue- Anthropologie- Santé- Sécurité- Personnel de santé

1. Introducción

El dengue se identifica, en términos biomédicos, como una enfermedad que es transmitida por las hembras de los mosquitos del género *Aedes sp.* Estos mosquitos, a su vez, tienen una fuerte presencia en las zonas urbanizadas y están muy ligados a los movimientos y establecimientos humanos (Rubio et al., 2013; Stoddard et al., 2013). El dengue deviene a fines del siglo XX un problema de salud pública en América, luego de la retirada de la Fundación Rockefeller del continente y de la finalización de las campañas articuladas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la desaparición del *Aedes sp.* Persiguiendo el avance del conocimiento científico sobre la fiebre amarilla, la Fundación Rockefeller¹ habilitó la desaparición sucesiva de los mosquitos del género *Aedes* en numerosos países y, sin embargo, dejó intactas profundas desigualdades sociales y ausencias estructurales en la salud pública (Lowy, 2006). Es decir, las iniciativas de la Fundación tuvieron como objetivo principal demostrar la superioridad del conocimiento norteamericano en términos de salud, a través del abordaje de enfermedades con causas conocidas (“enfermedades demostrativas”), desplazando el accionar sobre otros problemas más urgentes para los habitantes locales. En este sentido, la medicina tropical que se instaló en América no intentaba atender a la salud de la población sino defender los intereses colonizadores (Segata, 2016). En este marco, los mosquitos recolonizaron

¹ Creada en 1913 con el financiamiento de la Standard Oil, esta fundación actuó inicialmente contra la anquilostomiasis y luego contra la población de *Aedes sp.* con medidas rigurosas y paternalistas, numerosas veces rechazadas por las poblaciones locales. Entre ellas podemos mencionar la aplicación experimental de medicaciones y vacunas que mataron o enfermaron a parte de los participantes, el uso de insecticidas piretroides, la atribución de la responsabilidad a los ciudadanos por sus enfermedades y la extracción (bajo fuerza policial) de hígados de personas muertas por fiebre amarilla. La ideología de la fundación se centró en la asociación entre las ciencias de la salud y la gestión racional de las sociedades (Lowy, 2006).

los territorios y los casos de dengue comenzaron a aumentar de forma creciente, uniéndose al resto de las enfermedades ya presentes en numerosos países. Actualmente, el dengue ha presentado un aumento histórico de casos en América del Sur (OPS, 2019) y en Argentina, específicamente, se ha desarrollado la peor epidemia registrada hasta el momento (MSAL, 2020). De esta forma, el dengue aparece como una enfermedad que no logra ser prevenida ni controlada. Ante esta situación, buscamos examinar los sentidos que circulan entre agentes de salud en un municipio del conurbano de Buenos Aires (Argentina) que intervienen en la problemática del dengue. En particular, el objetivo es comprender qué tipos de saberes y, en relación con ellos, qué formas de seguridad colectiva configuran las intervenciones contra el dengue en el municipio. Al referirnos a formas de seguridad colectiva estamos retomando las consideraciones de Lakoff (2008) sobre la convivencia de distintas maneras en las que un país puede proveerse de “seguridad nacional”, en particular, en términos de salud pública.

La preocupación general que guía este estudio es entender de qué manera las políticas públicas sobre dengue abrevan en una epidemiología del *riesgo* en detrimento de otras epidemiologías, las cuales permitirían abrir preguntas sobre los modos de vida (Almeida-Filho, 2000; Breilh, 2015). En este sentido, la indagación sobre los modos en que los diferentes actores plantean el problema y cómo resisten o reproducen los lineamientos oficiales puede habilitar nuevas maneras de comprender la enfermedad y generar prácticas en salud.

El presente trabajo se enmarca en una investigación previa (Ocampo, Blois y Carbajo, en prensa) en la cual se realizaron entrevistas abiertas a diferentes agentes en dos centros de salud en un municipio del conurbano de la provincia de Buenos Aires. El trabajo de campo se llevó a cabo entre diciembre de 2019 y febrero de 2020 y fueron entrevistados promotores de salud, agentes territoriales, asistentes sociales, jefas de centro de salud y la directora de medicina preventiva del municipio. Los agentes territoriales, asistentes sociales y la promotora de salud refirieron trabajar con barrios de clase media y baja; de este modo, las poblaciones fueron descriptas de forma heterogénea en cuanto a sus condiciones socioeconómicas. Asimismo, se realizaron observaciones participantes en dos capacitaciones realizadas por el equipo de la municipalidad a los agentes territoriales y a los médicos, y en la organización del grupo de control vectorial del municipio.

En la siguiente sección indagaremos de qué manera el saber biológico hegemoniza la construcción de conocimiento y las intervenciones públicas sobre el problema del dengue y cómo ello deriva en un silenciamiento de las poblaciones locales y sus saberes. En la segunda sección mostraremos cómo este saber biológico permite el despliegue de, al menos, dos formas particulares de seguridad colectiva. A continuación, en la tercera sección, analizaremos la contabilidad y fragmentación de ciertos sucesos como condiciones de tales formas de seguridad y, a su vez, la manera en que aquellas características son tensionadas por la práctica y saberes de los agentes de salud. Finalmente, en las conclusiones, recuperaremos los principales elementos del recorrido realizado, destacando algunas perspectivas alternativas en cuanto a la forma de considerar la salud, las cuales pueden brindar elementos para repensar las políticas públicas relativas a la problemática del dengue.

2. Jerarquías de saberes

Un equipo de biólogas de una universidad pública asesora a Josefina, la responsable de las decisiones respecto del control del dengue en el municipio. El trabajo en conjunto tiene una trayectoria de varios años y muchas de las recomendaciones que los biólogos han hecho fueron incorporadas con entusiasmo a las acciones contra el dengue. A mediados de diciembre de 2019, Josefina reúne a los dos coordinadores de los agentes territoriales, a dos biólogas caracterizadas como las capacitadoras del grupo, una enfermera y al responsable de las fumigaciones en los casos de aparición de enfermos. También una de las autoras de este trabajo está invitada, por ser bióloga y por estar inscrita en su carácter de “observadora”². En esta mesa de trabajo, Josefina comunica los nuevos lineamientos de control para este año y queda conformado el equipo “antivectorial”. Así como Porter (2013) indica que para la prevención de la gripe aviar en Vietnam el saber de los veterinarios se entrelaza en ensambles de producción de conocimiento y mecanismos regulatorios, en el control del dengue el saber de los entomólogos y ecólogos (especialidades biológicas) se incorpora como conocimiento que configura y legitima las acciones de planificación. A diferencia de lo que Porter (2013) observa en Vietnam, estos saberes especializados sobre los mosquitos *Aedes aegypti* no son denigrados por los agentes estatales como conocimientos menores sino, al contrario, son jerarquizados como determinantes en la formación y ejecución de las políticas públicas sobre dengue en el municipio. Al entrevistar a Josefina, ella indica que la vinculación con los biólogos “es lo más fuerte que tiene” para controlar al dengue. También en otras entrevistas con los agentes de salud se afirma la importancia de la presencia de los biólogos en la realización de los controles sobre dengue en el municipio, en tanto contribuyen a “legitimar” el problema o volverlo visible ante los propios vecinos que pueden no identificarlo como tal. En este sentido, legitimar implica, por un lado, concederle más presencia al dengue como problema de salud relevante, y por otro, reforzar el carácter científico de este problema (con los mosquitos como vectores). En la entrevista a una de las agentes territoriales, ella refiere en relación al papel de los biólogos en la problemática: “Es el más importante porque es el que tiene que descubrir la forma de combatirlo. Supongo que los científicos están viendo de qué manera eliminar la especie del dengue, o la plaga, o evitar que se reproduzca más”. Durante la capacitación con los médicos, la autoridad social de los biólogos en el caso se hace aún más visible. La capacitación es realizada por Josefina que, aún siendo médica, concede un momento de presentación especial a las biólogas como asesoras de las medidas de control. Incluso un médico le agradece a una de ellas por estar presente, indicándole la importancia de que los biólogos se incorporen al municipio. En esta preponderancia del conocimiento entomológico (por el valor epidemiológico que se le confiere) también puede vislumbrarse la importancia que tiene para una política en dengue conocer las características de *Aedes aegypti* y el hábitat de estos mosquitos. En contraposición, el saber que se tiene sobre la población humana “tutelada” es relegado, distinguiéndose, principalmente, la necesidad de modificar hábitos “insanos” en las personas, los cuales favorecen la presencia del mosquito. En palabras de Lowy (2006:163, traducción de las autoras), esa dicotomía supone que:

Existe, por lo tanto, una diferencia importante entre los mosquitos y los humanos: los hábitos de los insectos (difíciles de cambiar) deben ser íntimamente conocidos por los

² Observadora en el marco de la investigación que permite este estudio.

organizadores de una campaña sanitaria. En contraposición, el comportamiento de los seres humanos es mucho más flexible; el estudio de las costumbres y los hábitos de la población de los lugares donde ocurre una campaña de eliminación de los insectos no es indispensable, porque tales costumbres y hábitos pueden ser modificados (...)

Las preocupaciones son las mismas que otros años: la prevención individual de las picaduras del mosquito de *Aedes aegypti*, la disminución de la población de estos culícidos y la identificación de casos probables. Nuevamente, este tipo de política pública referida al dengue continúa con la tradición de control establecida desde los tiempos de la fiebre amarilla (Lowy, 2006; Mejía Rodríguez, 2004) en la cual las relaciones entre las especies eran peligrosas (Porter, 2013). Es decir, las iniciativas de control en dengue son, principalmente, políticas de separación de especies, intentos de gobernar las interacciones entre humanos y animales (Beisel, 2015; Kelly y Lezaun, 2014; Nading, 2012; Segata, 2017; 2019). Así, uno de los supuestos de estos intentos de separación es que no existe una historia de entrelazamientos³ entre las personas y los insectos, por ejemplo, vinculada a procesos económicos y sociopolíticos como las guerras y el colonialismo (Nading, 2014).

En la mesa de trabajo se indica la dificultad creciente de la subnotificación⁴ y la necesidad de enfatizar la comunicación de los signos de alarma para que las personas concurren a los centros de salud si los presentan. El objetivo principal es que nadie muera y el problema es biológico: el mosquito está en todos lados y los casos no se detectan a tiempo. Las personas se caracterizan por ser hospedadores o posibles hospedadores del virus. Típicamente, tal biologización de los problemas poblacionales de salud se reconoce como rasgo esencial de la epidemiología más clásica (Krieger, 2011; Urquía, 2006) que, en la práctica, se incorpora a las políticas municipales.

Los coordinadores de los agentes territoriales mencionan dos zonas en las cuales hay dificultades referidas a la recolección de basura o de disponibilidad de agua y en las cuales la cantidad de casos notificados del año anterior había sido elevada. Hay acuerdo respecto de las necesidades estructurales de esas zonas. Sin embargo, las operaciones quedan dirigidas a realizar el control de criaderos en el hogar de la persona notificada como caso sospechoso. Ahora bien, cabría aquí también considerar cuánto de esta simplificación operativa se debe, quizás, a la urgencia, a la costumbre y a la falta de capacidad material, como municipio, para abordar en soledad la complejidad de las inequidades en los territorios.

Durante la conversación en la mesa de trabajo se enfatiza la necesidad de buscar personas febriles en la manzana del caso afectado y realizar recomendaciones a los vecinos sobre el control de los recipientes con agua. Solo la casa de la persona afectada será fumigada. No importa cuánto lo pidan los otros vecinos, el producto químico solo se destinará a eliminar los mosquitos adultos de ese hogar. Las fumigaciones aparecen, así, como en el caso del abate⁵ en Nicaragua: medidas de forma precisa, enumeradas burocráticamente

³ Nading (2014: 30) define entrelazamiento como “el despliegue, frecuentemente incidental, de acoplamientos y afinidades, antagonismos y animosidades que traen a las personas, los animales no humanos y las cosas a los mundos del otro”.

⁴ Es decir, que en el sistema de información sanitaria nacional se registran menos casos de los que realmente hay, ya sea por ausencia de atención/concurrencia de las personas a los centros de salud o por omisiones de comunicación por parte de los médicos.

⁵ Nombre comercial del larvicida cuyo principio activo es el *temephos*.

(Nading, 2017). Josefina indica que, en el último congreso internacional de dengue realizado en Cuba, los investigadores acordaron que la mejor estrategia para evitar la transmisión de la enfermedad y, a su vez, la emisión de sustancias químicas en exceso al ambiente, era restringir su aplicación al hogar particular del caso. Nuevamente, es determinado conocimiento experto (y, en este caso, internacional) el que se privilegia al momento de intervenir. Tal privilegio implica la sumisión e incluso exclusión de los conocimientos de los agentes territoriales acerca de las situaciones sanitarias de cada barrio (y también los de las propias poblaciones al respecto), tanto en la elaboración del protocolo de intervención como en las reuniones de capacitación.

Ahora bien, cabe además cuestionarse si tal vez este conocimiento es el único que se le presenta a Josefina como disponible en una situación de urgencia y como solución válida para lograr acciones operativas a corto plazo, es decir, el más viable económica y políticamente. De esta forma, el conocimiento no académico e incluso cierto conocimiento académico generado desde las ciencias sociales en Buenos Aires quedarían ligados a transformaciones estructurales que el municipio no parece poder realizar dada la manera en que se le presenta el problema: como una situación epidemiológica más que debe ser resuelta aisladamente de otras dependencias estatales y, peor aún, de otros sectores del propio municipio. A su vez, las decisiones de Josefina como directora de medicina preventiva también están limitadas por una lógica programática que secciona la salud de la comunidad para atender por separado los problemas (Nading, 2013b; Spinelli, 2016). Por otro lado, en el uso que ejerce Josefina de lo dicho en conversatorios de un congreso internacional como forma de legitimación de sus decisiones en el municipio, parece avizorarse el discurso de la salud global. Nunes y Pimenta (2016) se refieren a ésta como la construcción discursiva de la salud en tanto fenómeno global, lo cual implica suponer que hay un problema en común para todas las naciones y que, por lo tanto, se necesita cooperación y convergencia entre países para lograr una solución también común y deseable. En este sentido, las medidas de control sobre dengue que propone el municipio y que derivan de consensos internacionales son inminentemente técnicas (en particular, mosquitocéntricas). En este caso, el problema en común parece ser la presencia de *Aedes aegypti* y la solución común la reducción de su población (Reis-Castro y Hendrickx, 2013; Segata, 2017). Así, si bien los modos de vida (Almeida-Filho, 2000) de los vecinos son contemplados en las discusiones sobre dengue durante las capacitaciones y las entrevistas a los agentes de salud, en la propuesta operativa la diversidad de las desigualdades e inequidades presentes en los territorios queda invisibilizada (Lowy, 2017). En esta perspectiva, parece interesante reafirmar lo que indican Nunes y Pimenta (2016) al decir que estar enfermo es contextual. Es decir, no existe solo una epidemia de dengue, como el discurso de la salud global afirma incesantemente, sino que son muchas epidemias diferentes, en tanto cada una es producida según las experiencias y las prácticas locales. Justamente son estas especificidades políticas⁶ y locales las que se excluyen de las planificaciones mediante estrategias de control alineadas con una idea de salud global (Nading, 2014). En una época en la cual se siguen buscando soluciones técnicas para el

⁶ El dengue también es consecuencia de actos de negligencia públicos entendidos esquemáticamente como la falta de intersectorialidad en los municipios y la presencia de condiciones que limitan el acceso al cuidado de la salud, incluyendo entre ellas la discriminación y el trabajo precarizado. En este sentido, por ejemplo, Nading (2014) observa en Nicaragua que la economía de la basura, la migración laboral y la necesidad de visibilizar acciones políticas a corto plazo son parte del problema del dengue.

problema del dengue (Bueno et al., 2017) e incluso se proponen grandes proyectos tecnocientíficos para resolverlo, como los mosquitos transgénicos (Reis-Castro y Hendrickx, 2013), parece urgente atender a la forma en que vivimos para lograr que las respuestas no sean transitorias. En este sentido, nos parece necesario observar en investigaciones futuras cómo las inequidades de etnia, clase y género⁷ (Breilh, 2015) condicionan la aparición de brotes de dengue en Argentina, en tanto, por ejemplo, pueden actuar indirectamente, a través del acceso y tránsito diferencial por el sistema de salud (Castro, Khawja y Johnston, 2010). También sería interesante indagar de qué manera el sistema de salud podría contribuir a mejorar las prácticas de autoatención en dengue ya presentes en las comunidades (Menéndez, 2009). A su vez, es preciso reflexionar acerca de las relaciones entre el ambiente (y sus inequidades) y los cuerpos, considerando, como indica Nading (2014), que uno reverbera sobre los otros y viceversa. Es decir, no solo están vinculados sino que se borra la distinción entre ellos.

2. Formas de seguridad colectiva

Días después de la conformación del equipo antivectorial, una de las jefas de centro de salud menciona que, en su opinión, el foco del dengue está en la falta de hábitos de limpieza de las personas más pobres: “Para mí, acá lo que veo mucho es el área vulnerable en X por las condiciones en las que viven, que viven con mucha basura. La gente no tiene cultura de hacer limpieza, acumulan mucho y tienen mucha agua acumulada y para mí ahí está el foco”. Encontramos en esta frase una correlación directa con el imaginario del *higienismo*, que permanece muy sólido en las políticas contra el dengue (Caponi, 2003; Castiel y Vasconcellos-Silva, 2005; Segata, 2017; 2018). La moralización de los individuos que no adoptan las prácticas de control de los recipientes en sus hogares aparece como recalcitrancia de las políticas de dengue en su implementación. En la asociación entre las clases pobres, los hábitos insalubres y peligrosos y la presencia de la enfermedad reaparece la imagen del higienismo como forma de regular a las poblaciones (Foucault, 2006; Lakoff, 2008). Considerando también que la amenaza de dengue se vuelve sinónimo de presencia de *Aedes aegypti* (en tanto vector), el problema parece presentarse como problema de otro(s). No solo de otros humanos (aquellos sin los hábitos higiénicos necesarios) (Lowy, 2006) sino también no humanos (Maia, 2018). Así, como ya fue mencionado, las epidemias de dengue y su control constituyen formas de configurar las relaciones sociales entre los humanos y entre especies (Keck, Kelly y Lynteris, 2019).

Como dijimos, las autoridades políticas de salud del municipio movilizan (a través del trabajo de los agentes de salud y de la información impresa y audiovisual) saberes biológicos sobre los mosquitos *Aedes aegypti* para moldear las conductas humanas en relación con sus hogares. Es decir, proponen a los “cambios de hábitos” como necesarios para prevenir el dengue en la población. Aquí, cabe recordar que Foucault (2006), cuando desarrolla la noción de dispositivos de seguridad como modos de funcionamiento del poder, indica que las poblaciones son objetos privilegiados de aquellos, a la vez que el

⁷ En términos de género algunos trabajos han analizado cómo las mujeres son convertidas en las principales responsables tanto de dar respuesta a las iniciativas de control de dengue en los hogares (Nading, 2014). En nuestro país Gottero (2018) ha afirmado que las descripciones de la enfermedad ligadas a las inmigraciones pueden fomentar la discriminación.

humano es considerado en tanto especie. De esta forma, las poblaciones son entendidas, en particular, en sus dimensiones biológica (a través de las tasas de morbilidad o mortalidad, de las variaciones en relación con la geografía) y pública (en los comportamientos, hábitos y convicciones grupales), regulándolas, entre otras formas, a partir de la modulación de comportamientos de los individuos. Dicha modulación no implica una imposición de normas exteriores a las cuales los individuos deben obedecer, es decir, una configuración específicamente disciplinaria del poder. En palabras de Foucault (2000: 220):

La nueva tecnología introducida está destinada a la multiplicidad de los hombres, pero no en cuanto se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al contrario, una masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera.

Es decir, en estos dispositivos de seguridad se trata de administrar a la multiplicidad de individuos biológicos en su conjunto y sus efectos (los fenómenos de masa, de larga duración), teniendo en cuenta la aleatoriedad de los acontecimientos futuros. Se trata de regular (ya no prescribir o prohibir) racionalmente, mediante cálculos estadísticos, aquellos procesos intrínsecos de la población, de manera que se puedan alcanzar ciertos promedios o equilibrios deseables, es decir, lograr una normalización (Foucault, 2006). De esta manera, “gobernar consiste en conducir conductas, es decir, en poner en marcha un conjunto de acciones sobre acciones posibles: incitándolas, induciéndolas, desviándolas, facilitándolas o dificultándolas, haciéndolas más o menos probables” (Castro, 2014:108). Siguiendo el argumento, entonces, el dispositivo de seguridad se apoya en la libertad de los sujetos (sus deseos e intereses), a los cuales se intenta conducir (estableciendo ciertos límites) y los cuales, a su vez, en esa actuación, se inscriben en curvas estadísticas administrables (Foucault, 2006). Se trata, en fin, de intervenir sobre el *cómo* de la vida (Foucault, 2000).

Así como en el caso de la gripe aviar (Porter, 2013), en nombre de la salud colectiva, se induce a que los individuos se conduzcan a ellos mismos responsablemente en torno al cuidado de sus aves, en el caso del dengue se los incentiva a hacerlo en torno a los espacios del hogar (como potenciales criaderos del mosquito). De esta forma, se observa cómo en las democracias liberales (o incluso en aquellas de signo popular), la autonomía y la responsabilidad de los sujetos sobre ellos mismos en tanto seres biológicos asumen un papel cada vez más preponderante, convirtiéndose en elementos característicos de las políticas de la vida en sí misma (Rose, 2007).

La centralidad de la modificación del hogar en las prácticas de cuidado de uno mismo crea espacios para moldear las relaciones entre los ciudadanos y los agentes estatales (Porter, 2013). Así, en las entrevistas realizadas en el municipio, el foco de las acciones de control de dengue está en visibilizar la existencia del problema y la presencia estatal, incluso bajo conocimiento de que algunas estrategias no funcionan técnicamente (Ocampo, Blois, y Carbajo, en prensa). Como expresa una de las jefas de centro de salud, el objetivo de las acciones de control (como parte del dispositivo de seguridad) es generar confianza en el Estado:

Las personas necesitan poder confiar y el tipo que va con fiebre, dolor en los ojos, tiene que poder confiar en que el Estado te va a poder dar una respuesta, porque está fumigando,

porque haciendo no sé qué, porque además tiene al médico que te va a atender. Que la verdad es lo único que importa.

Siguiendo esta línea, es interesante considerar diferencias en las relaciones de confianza según la clase social. En ese sentido, Josefina indica que en las zonas de barrios cerrados, de clase alta, parece haber mayor desconfianza hacia el Estado y se prefiere invertir en acciones privadas de control del dengue como las fumigaciones:

En los barrios cerrados y countries es muy complicado porque además tenés un gerente del barrio, una administración, un consorcio... cuando hablas con la persona a veces te corta o te dice ‘pero ¿y?’ Entonces podemos chapear ‘yo tengo su número y la estoy llamando porque esta es una denuncia de notificación obligatoria’ entonces ahí bajan un poco y después se puede dialogar bien porque tienen mejor nivel de comprensión. A veces es difícil entrar y también es difícil hacer acciones de foco y perifoco, ni hablar. La estructura no es la misma...lo hemos hecho, eh, pero ellos ya fumigan el barrio por ahí una vez por semana o una vez por mes.

De esta forma, parece resultar problemático no solo intervenir sobre los casos en ciertas zonas de clase alta, sino también realizar acciones de prevención. A su vez, el énfasis en la notificación obligatoria de dengue pone de relieve esos límites a las libertades que indicamos, sobre las cuales se apoya el dispositivo de seguridad, esgrimiendo una actitud punitiva ante la violación del límite que no aparece del mismo modo en las zonas de clase baja. En sintonía con la cita mencionada, la idea de que “el foco de los mosquitos” está en las zonas más pobres puede ser cuestionada (Segata, 2016). Sin embargo, incluso frente a este tipo de situaciones, algunos de los agentes de salud relatan cómo aún en el imaginario general de las autoridades y los vecinos, la pobreza sigue siendo sinónimo de dengue⁸. Como mencionamos anteriormente, los hábitos de limpieza de los pobres aparecen como fuente del problema. No obstante, podemos dar cuenta de la complejidad que atraviesa esa percepción, la cual se evidencia, por ejemplo, en los dichos de Jorge, un agente territorial:

...como si llega el dengue, llega la pobreza, entonces acá no puede haber dengue, entonces es tratar de que si hay dengue que no se note. Eso. También es un tema de áreas pobres del norte que si llegara acá es ‘uh somos pobres’, y como no somos pobres no hay dengue.

En esta cita podemos notar no sólo la fuerte asociación entre dengue y pobreza (con sus posibles geografías), sino también la linealidad respecto de la emergencia del dengue. Contraponiéndose a ello, Nading (2014: 220, traducción de las autoras) indica que hay un entrelazamiento de situaciones que impiden fragmentar el fenómeno del dengue:

⁸ Las investigaciones que vinculan “pobreza” y dengue son dispares en sus resultados (Mulligan et al., 2014; Guha-Sapier y Schimmer, 2005). En este sentido, hay casos de dengue en zonas de clase media o alta. Sin embargo, consideramos que las inequidades sociales resultan un condicionante de los brotes de dengue en tanto la pertenencia de clase, al menos, queda ligada a diferencias en las condiciones generales del ambiente “público” y a la posibilidad de “cuidar de la enfermedad” y, de esta forma, a la limitación en la accesibilidad a los servicios de salud. Entendemos este acceso en sentido amplio: “el acceso también abarca las necesidades de salud, la percepción diferencial de necesidades, el deseo de la atención y el proceso de toma de decisiones como antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial” (Ballesteros, 2014: 14).

...la ‘flexibilidad’ y movilidad de las personas y objetos, la proliferación de productos de consumo disponibles, tendencias hacia una salud basada en el mercado, un énfasis en los derechos al emprendimiento sobre los derechos de la acción colectiva, y la sumisión de espacios públicos a la acumulación privada.

Es interesante marcar cómo en las estrategias de control sobre dengue que descansan en la autoridad biológica parecen convivir, al menos, dos formas de seguridad colectiva. Así como las reminiscencias del higienismo ya mencionadas parecen enmarcarse en los dispositivos de seguridad desarrollados por Foucault (2006) que tenían como objeto a la población y como saberes de basamento a la epidemiología y la demografía, también se podría marcar la presencia de otra forma de seguridad presente en el municipio. Lakoff (2008) la describe como seguridad de los sistemas vitales o bioseguridad y está anclada a considerar, ya no la prevención de determinados fenómenos, sino la previsión. Es decir, se asume que el evento catastrófico (como podría ser una epidemia) va a ocurrir, y que la incerteza permanece solo ligada al momento en que esto acontezca (Caduff, 2014a; Lakoff, 2008; 2015). La salud se convierte, así, en una cuestión de seguridad (Collier y Lakoff, 2008) configurando a los individuos como potenciales portadores infecciosos y, a su vez, como formas de peligro a la nación. Vinculada a esta forma de funcionamiento del poder, en el municipio se había implementado desde hacía varios años una estrategia de control centrada en el funcionamiento de cámaras termográficas en una terminal de ómnibus internacional. El objetivo de la instalación de estos dispositivos era detectar personas febriles que estuvieran ingresando al municipio para poder brindarles algunas medidas básicas de prevención de dengue (como folletería, repelentes) y, a su vez, obtener los datos personales para realizar un seguimiento del estado de salud. Incluso, si las personas ingresaban con fiebre muy alta, eran transferidas directamente a un centro de salud. En este caso, las cámaras funcionan como dispositivos de alarma que preanuncian un posible brote. Según Lakoff (2008) los dispositivos de bioseguridad descansan en la construcción de capacidades para superar las vulnerabilidades de los sistemas que permiten la vida social y económica. En este sentido, las cámaras termográficas se erigen como una forma de vigilar el estado sanitario de las personas, su circulación y, luego, superar las dificultades en la notificación de casos, es decir en aquello que al sistema de salud “se le escapa”. Así como las prácticas higienistas se presentan como un tipo de control al interior de la población, las cámaras termográficas actúan como dispositivos centinelas, vigilando tanto los movimientos como aquello “exterior” que puede estar por ingresar y poner en peligro a la población del municipio. Como indica Caduff (2014b), la retórica que justifica la presencia de cámaras aduce una detección temprana y una respuesta rápida (en tiempo real) de los posibles e inciertos eventos epidémicos que se estarían desarrollando (Lakoff, 2015). Es decir, las instituciones y sus autoridades, como Josefina, intentarían reducir el tiempo entre detección, diagnóstico y acción para contener las epidemias.

3. Tensiones en las formas de seguridad: contabilidades y filtraciones

En consonancia con la propuesta operativa ligada a la salud global, aparece, aunque sutilmente, una preeminencia de la contabilidad (Nading, 2017) en las políticas de dengue del municipio. Si bien la aplicación de químicos queda exclusivamente en manos de las

biólogas (para aplicar larvicidas) o del técnico fumigador (para aplicar adulticida y larvicidas), las medidas están finamente reguladas y se mencionan tanto en la mesa de formación del equipo antivectorial como en las capacitaciones a los agentes territoriales: cuánto se rocía, en qué horario, por cuánto tiempo, y cuánto minutos se le dedican al diálogo con los vecinos. Durante la capacitación a los agentes territoriales, a través de pequeñas dramatizaciones, se les enseña lo que deben decir y lo que no deben decir ante los vecinos. Se les indica que tienen poco tiempo para realizar las visitas a los hogares. Así, si aparecen varios casos en el mismo período de tiempo no se puede tardar más de 5 minutos por vecino, para poder controlar una manzana por hora. Como indica Nading (2013b) si el brote se vuelve más intenso, predomina aún más la lógica de la cantidad, en detrimento del diálogo y la escucha en las visitas a los hogares. De esta forma, se priorizan las medidas técnicas de control sin detenerse en otras consideraciones y dando por sentada una homogeneidad entre casos singulares. Apuntando a la eficiencia, se indica incluso la posibilidad de entregar folletos para reducir el diálogo con los vecinos. El objetivo es lograr que la persona no críe mosquitos en la casa. Así, deben ser indicadas las medidas de reducción de recipientes que puedan acumular agua y desmitificadas las necesidades de fumigación, en un tiempo calculado.

En este tipo de contabilizaciones tayloristas del tiempo se privilegia la capacidad técnica y repetitiva de los trabajadores de salud, menospreciando lo que los hace esenciales como agentes en territorio: la capacidad de diálogo en el encuentro con el otro. Spinelli (2018) indica que los trabajadores en salud se piensan como técnicos, dentro de un proceso de trabajo determinado administrativamente, y no como artesanos, cuyo trabajo se basa en lo relacional. Como parte de esta lógica, la repetición se considera aprendizaje y la singularidad del trabajo se desvaloriza (Spinelli, 2018). Contraponiéndose a aquella, Merhy (2016), por su parte, menciona la singularidad del trabajo en salud en analogía con el de un artesano que puede ejercer variaciones en el proceso de trabajo. Es decir, el trabajador de la salud tiene capacidad de decidir cómo conducirse, aún, a pesar de las restricciones que le imponen las fuerzas instituidas (los saberes estructurados y el modo en que socialmente se producen y satisfacen ciertas necesidades).

De esta manera, se observan intentos de controlar el trabajo de los agentes para, a través suyo, modular conductas en las poblaciones, partiendo de discursos homogéneos y controlados bajo la autoridad biológica: se estandarizan discursos a fin de estandarizar el trabajo en salud y, así, gestionar variables poblacionales. Tal homogeneización supone una comprensión de los sujetos y de los distintos aspectos epidemiológicos como escindidos entre sí, cada uno estable, discreto y regulable. Pese a ello, en la entrevista a una de las jefas de centro de salud, María, se vislumbra la desconfianza en ese modo de comprender el problema: “de verdad, en términos de epidemiología ¿qué podes hacer en un conglomerado urbano tan grande como la ciudad de Buenos Aires, cuando tenés la circulación de un vector que es parte de la fauna, de la vida? Es imposible de controlar”. Cuando una epidemia se genera y se evidencia la interacción de todos estos actores, las estabildades y las fragmentaciones propias del discurso de riesgo epidemiológico tradicional entran en crisis. Los mosquitos son actores que viven en relaciones inestables de fluidez, o enmarañados localmente con los humanos, los virus y los ambientes de la ciudad (Keck, Kelly y Lynteris, 2019; Nading, 2012; 2013a; 2014). Las fronteras entre especies son fluidas. Las vidas de los mosquitos y de los humanos se cruzan y se

coproducen reconstruyendo a la ciudad a cada momento⁹ (Hinchliffe y Whatmore, 2006; Segata, 2016). Es decir, cada organismo es en sí mismo entrelazamientos (Nading, 2014). Como indica Nading (2013a: 64, traducción de las autoras): “en cada oportunidad, el agua y los mosquitos se adaptan y se infiltran en los sistemas de control”. En este sentido, evidenciando el enmarañamiento puede comprenderse lo que expresa María sobre las dificultades para administrar las fumigaciones que se corresponden con el protocolo de control en una zona de clase baja:

De hecho, en X tuvimos un caso sospechoso y lo que hicimos fue fumigar todo el barrio. Que, de hecho, no tenía ningún sentido porque, de verdad, viste que hay toda una cuestión del perímetro. Ahora, vos andá a fumigar X, un pedacito y no fumigar el otro. Se te vuelve en contra, al divino botón, porque vos lo que necesitas es hacer la fumigación que necesitas y, también, en algún punto, cuidar la relación entre los vecinos, de los vecinos con la institución. Si vos te limitas a hacer de los 400 metros para acá y dejás una cuadra para allá, al divino botón, te estás ganando quejas, problemas después. La verdad que yo hable con la dirección de Medicina Preventiva y le dije, mirá, me pasa esto. Olvidate, que fumigue todo no importa, no me interesa.

En estas fumigaciones, que responden a las necesidades sociopolíticas del territorio, se puede ver cómo la vigilancia burocrática se reformula para responder a las valoraciones de costo-beneficio de los propios agentes de salud (Nading, 2017). La fumigación contribuye a obturar o crear relaciones entre los vecinos y con el municipio, al adaptar o escaparse a los modelos estandarizados. De la misma forma, otros químicos permiten la estandarización de los modelos. En este sentido, algunos agentes de salud mencionaron cómo la entrega de repelentes gratuitos, casa por casa, permitió, no solo lograr la atención de los habitantes de los hogares, sino también, en algunos casos, realizar el control de criaderos en las viviendas. Así lo indica una de las asistentes sociales, Laura:

La cuestión pasaba por ver que vos ibas con algo, ahí estaba el gancho. A la gente le gustaba que le des el repelente. El repelente se lo dabas y lo otro como que venía por añadidura. Inicialmente, cuando hay una campaña y encima le das algo la gente está contenta.

Así como aparecen interrupciones en las pretendidas estabilidades de los actores (virus, mosquitos, humanos) de las epidemias de dengue (Nading, 2017) también en mismos agentes de salud formulan críticas a las miradas higienistas indicadas en el apartado anterior. Nading (2013b) indica cómo el agente de salud que trabaja en las políticas de dengue en Nicaragua actúa como bróker o negociador entre el Estado (y sus directrices oficiales) y las propias demandas de la población a la que atiende (las necesidades de los vecinos). En este sentido, parecen corporizar en sus discursos tanto las demandas de las políticas científicas internacionales (lo que les confiere su carácter profesional) como los sentidos locales dados a los mosquitos y al dengue. Por lo tanto, el agente de salud se encuentra como intermediario, en conocimiento de lo que “se debe hacer” y de lo que “se necesita hacer”, de lo cual resultan criterios propios con los que “se puede hacer”, que encuentran límites a las propuestas higienistas. En las entrevistas realizadas con los

⁹ Pensamos la ciudad en términos dinámicos, no como algo dado, sino en continua transformación a través de las acciones humanas y no humanas. Los mosquitos son causa y consecuencia de ciertas actividades humanas que modifican el paisaje urbano.

agentes de salud, en particular, con los agentes territoriales, se reconoce la presencia de numerosas desigualdades en los territorios, incluso, en las zonas de clase media. A la vez, se evidencia que distintas necesidades y condiciones estructurales pueden llevar a la permanencia de *Aedes aegypti*, contradiciendo o conviviendo con la mirada que deposita la responsabilidad en cada sujeto particular. Por ejemplo, una promotora de salud, Ana, comenta:

Si bien nos cuesta un poco con el tema de ellos, porque ellos [se refiere a las personas de una villa cercana] reciclan y ellos al juntar las cosas tienen en sus patios, tachos y latas y cosas. ¿Viste? Aparte hay dos lugares adonde juntan, que son dos galpones de depósitos adonde ellos les venden esas cosas. Entonces ahí es el problema que tenemos nosotros en X, de tener esos dos depósitos ahí adentro que si bien es una fuente de trabajo para ellos, pero perjudica el tema este del dengue.

Por momentos, se reconoce la predominancia del rol de los agentes de salud como constructores de puentes entre el Estado y los vecinos. Antes, se había afirmado que la confianza o no en el Estado participa en las reacciones que los vecinos tienen ante las directivas de las autoridades del municipio. Nuevamente, el agente de salud aparece como una figura política central en este entramado de relaciones. Por ejemplo, podemos observarlo en las palabras citadas de María sobre las fumigaciones, indicando que lo que importaba, en realidad, no eran los criterios técnicos para fumigar sino el cuidado de las relaciones de los vecinos con la institución. El rol mediador de los agentes de salud también aparece en su propio reconocimiento de que el dengue no se concibe como un problema. Varias de las personas entrevistadas reconocen que los vecinos no parecen interesados en el dengue e incluso pueden considerar molestas las visitas de la municipalidad. Por otro lado, también algunas de ellas reconocen que la prevención del dengue en invierno no parece realizable. No solo porque el problema es aún menos visible ante la falta de mosquitos adultos, sino también porque hay otras prioridades de prevención en las agendas de salud de los centros del municipio. Siguiendo estos argumentos, lo que los agentes de salud mencionan como problema (o, mejor definido, como “molestia”) para los vecinos son las picaduras de los mosquitos y no la posibilidad de la enfermedad. En este sentido, parece válida la afirmación de Maia (2018) para indicar que en los territorios el mosquito es más que un vector. Argumentando que los vecinos reconocen al mosquito como algo más que un insecto que transmite enfermedades, los agentes de salud identifican que el problema para aquellos difiere del que consideran las directrices oficiales. Miradas enmarañadas en un universo complejo en donde los pastos altos, las zanjas, la falta de cloacas, y la basura en la calle forman parte también del problema del dengue. Paradójicamente, y siguiendo estas ideas, uno de los agentes territoriales reconoce su propia falta de preocupación por el *Aedes aegypti* e indica que él convivía con estos culícidos como con cualquier mosquito, hasta que una de las biólogas de la universidad se lo presentó como el vector del dengue. Retomando las consideraciones iniciales, observamos que los saberes entomológicos propios de la epidemiología clásica del dengue construyen mosquitos que no son coincidentes con aquellos que distinguen los vecinos o incluso los propios agentes de salud.

4. Conclusiones

En el recorrido realizado en este trabajo se intentó visibilizar cómo en los sentidos que circulan sobre las políticas de dengue del municipio y las prácticas que se realizan en consecuencia conviven diversas formas de funcionamiento del poder sobre las poblaciones involucradas. Por un lado, el higienismo como práctica de corrección cultural de los ciudadanos respecto de sus “hábitos insanos” y por otro lado, la bioseguridad a través del control del ingreso de personas febriles al municipio. En el mismo sentido, las miradas higienistas son desplazadas en el discurso de los agentes de salud al evidenciar otros problemas que afectan a los territorios a su cargo y las desigualdades presentes en ellos. Bajo la autoridad biológica y global, que se articula con estas formas de funcionamiento del poder, las estabildades propuestas para los diferentes agentes en las epidemias son esbozadas en el establecimiento del protocolo de acción contra el dengue. En estas formas de seguridad colectiva, se destaca el aspecto cuantitativo: cuántos enfermos, cuántos minutos para el control, cuántos químicos incorporados al sistema. Sin embargo, en algunas entrevistas se ven tensionadas las estructuras de control propuestas, observándose cómo las prácticas pueden distar de los criterios técnicos establecidos, es decir, cómo irrumpen las reglas del juego del territorio.

De manera general, para seguir reflexionando sobre el control del dengue y sobre cómo tensionar los discursos expertos, parece pertinente repensar qué entendemos por salud y enfermedad. La epidemiología clásica (e incluso la epidemiología social anglosajona) entienden la enfermedad de las poblaciones a través del concepto de riesgo, es decir, a través de las probabilidades de ocurrencia de los eventos. Lo posible se vuelve probable y las tasas y frecuencias valoradas como deseables o peligrosas pasan a constituir normalidades y anormalidades, respectivamente. En este sentido, Caponi (2006) retomando a Canguilhem afirma que es necesario pensar en una salud como apertura al riesgo, un concepto de salud basado en los márgenes de la seguridad. Es decir: “la salud como producto implica no sólo seguridad contra los riesgos sino también capacidad para corregir el margen de tolerancia, ampliándolo de modo tal que nos permita enfrentarlos” (Caponi, 2006: 83). Por lo tanto, parecen necesarias políticas de salud que contribuyan con la ampliación de estos márgenes de acción, tanto de agentes de salud como de sujetos en comunidad, que aumenten la capacidad de administrar las tensiones, los malestares con los que convivimos. Así como Nunes y Pimenta (2016) indican que la incidencia y la distribución de las arbovirosis¹⁰ suelen estar vinculadas a la capacidad de actuar ante las adversidades, también Caponi indica que la salud implica riesgos y la posibilidad de “cuidar de la enfermedad”. Como indica Lowy en Bueno et al. (2017): el problema del control de las epidemias no se puede disociar del valor de la vida humana (y, podríamos agregar, de lo viviente en general, en sus relaciones con lo no viviente). En este sentido, cabe reflexionar en qué medida el dengue habla fuertemente de nuestra falta de salud, considerando la definición de Caponi¹¹. Así, algunos autores cuestionan en qué momento comienza o termina una epidemia (Diniz y Brito, 2018), en tanto en las poblaciones (en particular en las subordinadas) interactúan las enfermedades viejas y nuevas, crónicas e infecciosas, generando efectos sinérgicos en la morbilidad y mortalidad humanas. Es

¹⁰ Enfermedades generadas por los arbovirus (Arthropod-Borne Viruses) y transmitidas por artrópodos hematófagos como los culícidos del género *Aedes sp.*

¹¹ Como mencionamos, es preciso repensar la salud de una forma no centrada en el humano como especie aislada. Así, Nading (2014) indica que la salud es el producto de una red de relaciones materiales, sociales y simbólicas entre los propios humanos y entre estos y distintos actores no humanos.

decir, una epidemia no enferma o mata por sí sola, sino que interactúa con el estado de salud-enfermedad previo de la población: la dinámica es sindémica (Singer, 2010).¹² Hoy, a diferencia del momento en que la Fundación Rockefeller erradicó la fiebre amarilla, existen poblaciones grandes, que se movilizan entre continentes y que no son controlables técnicamente de manera simple (Bueno et al., 2017). De esta forma, asumimos como necesidad que las iniciativas de prevención en torno al dengue consideren también otras enfermedades y condiciones de vida de la población y, fundamentalmente, recuperen el espacio de diálogo con los problemas como son definidos y jerarquizados por los ciudadanos. También, parece importante para esto recuperar las memorias de los ciudadanos: "...el árbol, el mosquito, y la acción humana son procesos continuos, embebidos en la historia e identificables no por sus atributos intrínsecos sino por las memorias que evocan" (Nading, 2014: 180, traducción de las autoras). Retomando consideraciones sobre la salud multiespecie (Nading, 2013a) y los aportes de Caponi (2006), tal vez el desafío este en generar políticas que contemplen que la salud implica poder convivir con ciertas conductas "peligrosas" y con especies indeseables.

Bibliografía

- Almeida-Filho, N. (2000): "La epidemiología del modo de vida" en *La ciencia tímida. Ensayos de desconstrucción de la epidemiología* - Almeida-Filho, N. (157-176) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ballesteros, M. (2014): *Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de la Argentina a partir de datos secundarios* - Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iig-uba/20151022054933/dji41.pdf>.
- Beisel, U. (2015). "Markets and mutations: mosquito nets and the politics of disentanglement in global health"- *Geoforum* 66, 146–55. Doi: 10.1016/j.geoforum.2015.06.013
- Breilh, J. (2015): *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad* - Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bueno, F.T.C., García, M., Moya, J., Löwy, I., Benchimol, J.L., Cerqueira, R. C., y Cueto, M. (2017). "Zika and *Aedes aegypti*: new and old challenges"- *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* 24 (4), 1161-1180. Doi: 10.1590/s0104-59702017000500017.
- Caduff, C. (2014a). "On the verge of death: visions of biological vulnerability"- *Annual Review Anthropology* 43, 105-121. Doi: 10.1146/annurev-anthro-102313-030341.
- Caduff, C. (2014b). "Sick weather ahead: on data-mining, crowd-sourcing and white noise"- *Cambridge Anthropology* 32 (1), 32-46. Doi: 10.3167/ca.2014.320104.

¹² Esta perspectiva trata de desmarcarse de la caracterización biomédica de las enfermedades como entidades separadas y a su vez independientes del contexto sociocultural en el que se desarrollan.

- Caponi, S. (2003). “Coordenadas epistemológicas de la medicina tropical”- *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 10 (1), 113-149. Doi: 10.1590/S0104-59702003000100004.
- Caponi, S. (2006): “La salud como apertura al riesgo” en *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones y tendencias* - Czeresnia, D., y Machado de Freitas, C. (Ed.) (65-91) Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castiel, L.D., y Vasconcellos-Silva, P.R. (2005): *Precariedades del exceso: información y comunicación en salud colectiva*. - Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castro, A., Khawja, Y., y Johnston, J. (2010): “Social inequalities and dengue transmission in Latin America” en *Plagues and Epidemics: infected spaces past and present* - Herring, A. D., y Swedlund, A. C. (ed.) (231-251). New York: Berg.
- Castro, E. (2015): *Introducción a Foucault* - Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Collier, S., y Lakoff, A. (2008): “The problem of securing health” en *Biosecurity interventions: global health and security in question* - Lakoff, A., y Collier, S. (Ed.) (7-31). New York: Columbia University Press.
- Diniz, D., y Brito, L. (2018): “Uma epidemia sem fim: Zika e mulheres” en *Políticas etnográficas no campo da moral*- Rifiotis, T., y Segata, J. (Ed.) (169-183). Porto Alegre: UFRGS.
- Foucault, M. (2000): *Defender la sociedad: Curso en el Collège de France (1975-1976)*- Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2006): *Seguridad, territorio, población: Curso en el Collège de France (1977-1978)*- Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gottero, L. (2018). “Dengue, movilidad territorial y relato epidemiológico: diagnósticos y explicaciones estatales sobre las epidemias de 2009-2010 y 2015-2016 en Argentina”- *Ciencia y Salud* 2 (2), 21-31. Doi: 10.22206/cysa.2018.v2i2.pp21-31.
- Guha-Sapir, D., y Schimmer, B. (2005). “Dengue fever: new paradigms for a changing epidemiology”- *Emerging Themes in Epidemiology*, 2, 1-10. Doi: 10.1186/1742-7622-2-1.
- Hinchliffe, S., y Whatmore, S. (2006). “Living Cities: Toward a Politics of Conviviality”- *Science as Culture* 15 (2), 123–38. Doi: 10.1080/09505430600707988.
- Keck, F., Kelly, A. H., y Lynteris, C. (2019): “Introduction: the anthropology of epidemics” en *The Anthropology of Epidemics* - Keck, F., Kelly, A. H. y Lynteris, C. (Ed.) (1-23). London: Routledge.
- Kelly, A. H., y Lezaun, J. (2014). “Urban mosquitoes, situational publics, and the pursuit of interspecies separation in Dar es Salaam”- *American Ethnologist* 41 (2), 368–83. Doi: 10.1111/amet.12081.
- Krieger, N. (2011): *Epidemiology and the people’s health* - Estados Unidos: Oxford University Press.
- Lakoff, A. (2008): “From population to vital system: national security and the changing object of public health” en *Biosecurity interventions: global health and security in question* - Lakoff, A., y Collier, S. (Ed.) (33-60). New York: Columbia University Press.
- Lakoff, A. (2015). “Real-time Biopolitics: the actuary and the sentinel in global public health” - *Economy and society* 44 (1), 40–59. Doi: 10.1080/03085147.2014.983833.
- Löwy, I. (2006): *Vírus, mosquitos e modernidade: a febre amarela no Brasil entre ciência e política*. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Löwy, I. (2017). “Leaking containers: success and failure in controlling the mosquito *Aedes*”

- aegypti* in Brazil” - *American Journal of Public Health* 107 (4), 517-524. Doi: 10.2105/AJPH.2017.303652.
- Maia, T.D.S. (2018). *Cada um com sua luta: uma etnografia da relação entre sertanejos e mosquitos no alto sertão sergipano* (tesis de maestría) - Centro de Educación y Ciencias Humanas, Universidad Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.
- Mejía Rodríguez, P. (2004). “De ratones, vacunas y hombres: el programa de fiebre amarilla de la Fundación Rockefeller en Colombia, 1932-1948” - *Dynamis* 24, 119-155. Doi: 10.4321/113910.
- Menéndez, E. (2009): *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva* - Buenos Aires: Lugar editorial.
- Merhy, E.E. (2016): “En busca del tiempo perdido: la micropolítica del trabajo vivo en acto en salud” en *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* - Franco, B.T., y Merhy, E.E. (19-59). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Boletín Integrado de Vigilancia 497 SE 21. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/biv_497_edicionsemanal.pdf.
- Mulligan, K., Dixon, J., Joanna Sinn, C.-L., y Elliott, S.J. (2015). “Is dengue a disease of poverty? A systematic review” - *Pathogens and Global Health* 109, 10–8. Doi: 10.1179/2047773214Y.0000000168.
- Nading, A. (2012). “Dengue mosquitoes are single mothers: Biopolitics meets ecological aesthetics in nicaraguan community health work” - *Cultural Anthropology* 27 (4), 572-596. Doi: 10.2307/23360317.
- Nading, A. (2013a). “Humans, animals, and health: From ecology to entanglement” - *Environment and society* 4, 60-78. Doi: 10.3167/ares.2013.040105.
- Nading, A. (2013b). ““Love isn’t there in your stomach’: A moral economy of medical citizenship among nicaraguan community health workers” - *Medical Anthropology Quarterly* 27 (1), 84–102. Doi: 10.1111/maq.12017.
- Nading, A. (2014): *Mosquito trails: Ecology, health, and the politics of entanglement* - Berkeley, CA: University of California Press.
- Nading, A. (2017). “Local biologies, leaky things, and the chemical infrastructure of global health” - *Medical Anthropology* 36 (2), 141-156. Doi: 10.1080/01459740.2016.1186672.
- Nunes, J., y Pimenta, D.N. (2016). “A epidemia de Zika e os limites da saúde global” - *Lua Nova* 98, 21-46. Doi: 10.1590/0102-6445021-046/98.
- Ocampo, C., Blois, P., y Carbajo, A. (2020). “El dengue ¿un problema para quién?”- *Scripta Ethnologica*, en prensa.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019) Actualización Epidemiológica: Dengue. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=dengue-2158&alias=50965-11-de-noviembre-de-2019-dengue-actualizacion-epidemiologica-1&itemid=270&lang=es.
- Porter, N. (2013). “Bird flu biopower: Strategies for multispecies coexistence in Vietnam”- *American Ethnologist* 40 (1), 132-148. Doi: 10.1111/amet.12010.
- Reis-Castro, L., y Heidrickx, K. (2013). “Winged promises: exploring the discourse on transgenic mosquitoes in Brazil” - *Technology in society* 35 (2), 118-128. Doi: 10.1016/j.techsoc.2013.01.006.

- Rose, N. (2007): “Biopolitics in the twenty-first century” en *The politics of life itself. Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century* - Rose, N. (9-41) Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Rubio, A., Cardo, M.V., Carbajo, A., y Vezzani, D. (2013). “Imperviousness as a predictor for infestation levels of container-breeding mosquitoes in a focus of dengue and Saint Louis encephalitis in Argentina” - *Acta Tropica* 128, 680–685. Doi: 10.1016/j.actatropica.2013.09.015.
- Segata, J. (2016). “A doença socialista e o mosquito dos pobres” - *Illuminuras* 17 (42), 372-389. Doi: 10.22456/1984-1191.69998.
- Segata, J. (2017). “O *Aedes aegypti* e o digital” - *Horizontes antropológicos* 8 (23), 19-48. Doi: 10.1590/s0104-71832017000200002.
- Segata, J. (2019). “El mosquito-oráculo y otras tecnologías” - *Tabula rasa* 32, 103- 125. Doi: 10.25058/20112742.n32.06.
- Singer, M. (2010): “Ecosyndemics: global warming and the coming plagues of the twenty-first century” en *Plagues and epidemics: infected spaces past and present* - Herring, A. D., y Swedlund, A. C. (Ed.) (21-39) New York: Berg.
- Spinelli, H. (2018). “Máquinas y arte-sanos” - *Salud colectiva* 14 (3), 483-512. Doi: 10.18294/sc.2018.1823.
- Spinelli, H. (2016). “Volver a pensar en salud: programas y territorios” - *Salud colectiva* 12 (2), 149-171. Doi: 10.18294/sc.2016.976.
- Stoddard, S.T., Forshey, B.M., Morrison, A.C., Paz-Soldan, V.A., Vazquez-Prokopec, G.M., Astete, H.,...Scott, T.W. (2013). “House-to-house human movement drives dengue virus transmission” - *Proceedings of the National Academy of Sciences* 110 (3), 994-999. Doi: 10.1073/pnas.1213349110.
- Urquía, M. (2006): *Teorías dominantes y alternativas en epidemiología* - Buenos Aires: Ediciones de la Unla.