

V Taller “Paraguay desde las Ciencias Sociales”
Presentación de Ponencia
Laura Gottero (lauritagottero@hotmail.com)

Políticas contra el dengue en Paraguay
Respuestas tecnoadministrativas para un problema sanitario y social

Laura Gottero*

Las políticas de salud forman parte del conjunto de intervenciones que el Estado realiza en la esfera pública, asumiendo así la provisión de los denominados “servicios universales”. No obstante, resulta de relevancia destacar que la forma y el contenido de estas formulaciones dan cuenta no sólo de la dimensión estrictamente sanitaria, sino también de las construcciones simbólicas que se realizan sobre la enfermedad que es objeto de dicho tratamiento, sus potenciales o concretos afectados, los agentes intervinientes o causantes, y la calidad de las acciones que deben llevarse a cabo para paliar ese problema de salud que ha ingresado en la agenda pública. Por esta razón, analizar los documentos oficiales sobre políticas de salud constituye una tarea interesante que permite desentrañar sentidos implicados en las directrices de estos planeamientos.

Siguiendo este planteo, este trabajo se propone problematizar sobre las formulaciones, en materia de políticas públicas, acerca de una problemática sanitaria en el Cono Sur que, en el caso de Paraguay, ha tomado un carácter endémico: el dengue. Esta enfermedad infecciosa transmitida por el mosquito *Aedes aegypti* es un buen punto de partida para indagar en qué medida las construcciones desde la epidemiología vehiculizan otros sentidos relacionados con las dimensiones socioeconómicas del problema, realizando a la vez un cuidadoso proceso de selección de variantes y omitiendo el reconocimiento de ciertas condiciones contextuales que producirían la prevalencia de esta enfermedad. En este sentido, el análisis que se desarrollará en este trabajo aborda tres temas centrales: a) la ausencia de un diagnóstico sobre las condiciones socioeconómicas de las zonas más afectadas por estas enfermedades en ambos países, por tratarse de un factor que participa en la incidencia y en la multiplicación de casos, así como en los rebrotes que se pronostican en forma periódica; b) la

* Licenciada en Ciencias de la Comunicación (UBA), Doctoranda en Ciencias Sociales (UBA-CONICET), Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. E-mail: lauritagottero@hotmail.com. Este trabajo forma parte de un análisis más extenso que involucra también las políticas contra el dengue en Argentina. Para más información, ver Gottero, Laura (2012) “Políticas de salud, migración y desigualdades. Análisis de planificaciones nacionales en epidemiología”, en: Novick, Susana (Dir.) *Migración y políticas públicas. Nuevos escenarios y desafíos*, Catálogos – Universidad de Buenos Aires, 2012 (en prensa).

predominancia de un enfoque técnico-científico para la acción en salud que deja a un lado perspectivas más vinculadas con la medicina social y con un conocimiento de la trayectoria social, económica y cultural de estas enfermedades en la vida cotidiana, para insertar estas formulaciones en una perspectiva del riesgo y del llamado “modelo de creencias”, un esquema típico hegemónico para trabajar con este tipo de problemáticas; c) la operación semántica por la que “educación” se asimila a “información” y, en consecuencia, la posesión de datos se construye como un sinónimo de conocimiento.

Para realizar el mencionado análisis, se han seleccionado dos documentos que condensan la política de salud sobre dengue en el país: la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control de Dengue en Paraguay II versión (2008)¹ y su actualización, el Plan de Acción para la Prevención y Control del Dengue / Plan de Contingencia (2009-2010)². En verdad, la planificación es similar pues en el 2009 se reanudó la implementación de la Estrategia del 2008 sobre las mismas bases y llevando a cabo similares acciones. Por ello, analizar ambas formulaciones requiere de una mirada global que entienda a estas políticas no como distintas, sino como continuaciones de una única perspectiva estatal, en materia de salud pública y prevención del dengue.

Teniendo en cuenta esta vinculación, el Plan de Contingencia fue elaborado teniendo en cuenta la prevalencia, en el territorio paraguayo, de los cuatro serotipos de dengue. Eso implicaría que, si bien el tipo de dengue más común fue el 1, los que habían sido infectados por éste están de todos modos expuestos a las otras tres variantes de esta enfermedad; en consecuencia, siguen formando parte de los índices de morbilidad asociados con esta problemática, y el riesgo epidemiológico continúa vigente. Por eso, uno de los objetivos del Plan explicita que se busca prevenir y mitigar los efectos de una posible epidemia de dengue en términos de morbilidad; esto es, en el conjunto de la población que fue afectada por uno de los serotipos o que está expuesta a dicha posibilidad. En relación con esto, también se busca optimizar la acción de los servicios de salud, intensificar la participación de la comunidad y, en general, mantenerse alerta frente a la detección de un brote de dengue en el país.

Asimismo, este Plan también hace hincapié en la necesidad de controlar los factores que promueven la vigencia de la enfermedad en Paraguay, pero en su documento se enfoca más la dimensión geográfica que la histórica. Así es como la trayectoria cronológica del dengue —que ha llegado al carácter endémico en algunas zonas— permanece ausente, y la caracterización de los espacios americanos donde esta problemática se hizo presente elude la

¹ <http://dengue.mspbs.gov.py/images/documentos/egipy.pdf>

² <http://dengue.mspbs.gov.py/images/documentos/planacio.pdf>

mención al panorama sudamericano; de este modo, países tan cercanos como Argentina y Brasil, que tienen también sus políticas contra el dengue y comparten con Paraguay un escenario regional, no son referidos. En este tipo de formulaciones puede observarse la naturaleza política de las soluciones sobre salud, puesto que éste es un aspecto que forma parte del proyecto de desarrollo de un país; tal como Almada Bay (1986) expresa, las políticas de salud, en tanto públicas y sociales, también constituyen un espacio donde se manifiestan las contradicciones y las disputas de poder.

Tanto las presencias como las omisiones del Plan dan cuenta de estos lineamientos políticos, pero éstos suelen ser ocultados o separados del enfoque meramente médico-técnico-científico, que es el que aparece en primer plano. En ese sentido, la ausencia (mayor o menor, según el caso) de una contextualización histórico-social de los brotes de dengue da cuenta de la vigencia de las características del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1985), en especial su ahistoricidad y su asocialidad, en la versión que Menéndez caracteriza como “corporativo público”. Asimismo, esta misma condición de construcción del Plan (el de ser parte de una iniciativa pública estatal) resalta, aunque pueda parecer obvio, que se trata de una planificación estatal que conserva elementos normativos en desmedro de criterios estratégicos, que promueven una intervención basada en criterios de eficacia y que elude la consideración de las variables políticas, tal como afirman Belmartino y Bloch (1984). Para estos autores, esta postura ha construido una relación medios-fines puramente técnica en el terreno de las acciones estatales de salud, así como ha promovido políticas marginalistas donde “la racionalidad tecnocrática aparece como totalmente impermeable a cualquier tipo de racionalidad política” (Belmartino y Bloch, 1984).

Sin embargo, fue la misma historia la que convirtió a los brotes epidémicos en una cuestión de Estado: las enfermedades contagiosas que aquejaban a la población ingresaron en la agenda porque su permanencia ponía en jaque al imaginario de una sociedad civilizada y en pleno progreso, tal como se refieren Soldano y Andrenacci (2006) en su mención a la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Argentina. Es así como la ausencia de una historicidad de la epidemia de dengue se vuelve particularmente significativa, no sólo porque su trayectoria muestra también la cronología de la pobreza y las carencias estructurales, sino porque desde una perspectiva más técnica permite contextualizar de manera más profunda la cantidad de contagios por serotipos —como ya se ha mencionado, el dengue posee cuatro, y aunque una persona que ha contraído el dengue “tipo 1” (DEN-1) no puede volver a tener el mismo, sí puede contagiarse de los otros tres.

Tal como se desarrollará a continuación, el interés del análisis propuesto surge del hallazgo de características relevantes en ambos documentos oficiales, las que serán caracterizadas más adelante, pero aquí serán enumeradas: 1) el desplazamiento de las carencias socioeconómicas por otro tipo de construcciones simbólicas que hacen hincapié en las condiciones ambientales que producirían la prevalencia del dengue; 2) la incorporación de una mirada técnica que basa su acción en procedimientos científicos y administrativos, sin tener en cuenta la raigambre social de esta problemática; 3) la operación de sinonimia por la que “educación” es equivalente a “información”, y contar con éstas permitiría una modificación individual y autónoma de las conductas que aumentan la exposición de la población a contraer esta enfermedad. Se considera aquí que estos rasgos de relevancia contribuyen a la omisión de factores significativos que deben tenerse en cuenta para una política de prevención de enfermedades transmitidas por vectores, así como obstruyen las posibilidades de construir un panorama regional de trabajo conjunto, el que permitiría compartir avances y conflictos en el control y el tratamiento de esta enfermedad compartida por varios países del Mercosur (Paraguay, Argentina y Brasil, principalmente).

Dengue y salud pública: ¿un problema regional con lugar de residencia?

Antes de adentrarnos en las dimensiones de análisis propuestas para esta ponencia, resulta interesante pensar las ambigüedades de sentido construidas alrededor de la caracterización del dengue como una problemática regional o como una nacional. En el caso de otros países donde la enfermedad es epidémica y se desarrolla por brotes (por ejemplo, Argentina), la apelación a lo extranjero suele funcionar como argumento frente a la prevalencia de dengue en el país: así, “lo nacional” es, por un lado, el peligro suscitado en “lo nacional” propio y, por el otro, la causa de este problema localizado en “lo nacional” ajeno, es decir, en los países limítrofes que también se ven afectados, en mayor o menor medida, por este problema. A partir de esta característica observada en otras formulaciones nacionales, parece pertinente preguntarse por la mirada sobre lo nacional y regional que tiene un país que ha reconocido la endemividad de esta problemática de salud.

Siguiendo estas premisas, en los documentos analizados surge la referencia destacada sobre prevenir o mitigar “un brote de dengue en el país”, que soslaya la mención a un contexto regional en el que este conflicto se despliega y puede observarse de manera más compleja. De esta manera, aunque se citen algunos ejemplos —sobre todo en el Plan de Contingencia, que menciona la expansión del dengue en el Caribe—, éstos no suelen tematizar las experiencias en los países limítrofes, con los que no sólo se comparte la

necesidad de instrumentar políticas sobre este problema, sino también con los que se construyen día tras día los espacios fronterizos donde la circulación migratoria es muy intensa. De hecho, existen numerosos trabajos que resaltan las características peculiares de las áreas fronterizas, cuyos aspectos son divergentes, muchas veces, con respecto a los territorios nacionales a los que pertenecen; por ejemplo, señala Fantín (2008) que la interacción en la zona de frontera entre Argentina y Paraguay conlleva “el aumento del riesgo de transmisión transfronteriza de enfermedades contagiosas, incidencias en la salud ambiental, repercusiones en la regulación sanitaria de bienes y servicios, en los insumos para la atención de la salud, en la formación y utilización de los recursos humanos y en la regulación y financiamiento de la prestación de los servicios de salud” (Fantín, 2008: 18). Las enfermedades transmitidas por vectores tienen un patrón regional basado en condiciones socioeconómicas y biológicas que no son propias de ningún país en particular, sino que se hallan en una zona compartida que debería ser trabajada en forma conjunta. No obstante, en ninguno de los dos documentos se encuentran menciones a este fenómeno que permitan una mirada más constructiva del problema.

Desigualdad estructural: una “condición ambiental” para el contagio

En esta parte del trabajo, se analiza el desplazamiento discursivo producido desde el reconocimiento de los factores socioeconómicos que inciden en la problemática del dengue — y que, de no presentarse éstos, seguramente la enfermedad tendría mucha menos prevalencia en la región—, hacia la caracterización de estas condiciones como “cuestiones ambientales”, más relacionadas con un hábitat y con un estilo de vida que con un proceso histórico de desigualdad y pobreza en las zonas más afectadas por el *Aedes aegypti*.

La vinculación entre pobreza/desigualdad socioeconómica y la prevalencia de enfermedades infecciosas —como las transmitidas por vectores— ha sido señalada por diversos autores que forman parte del marco teórico de este trabajo (Menéndez, 2009; Fantín, 2009: 2008; Alvarez Leguizamón, 2006, entre otros). En efecto, resulta evidente que para ambos países los elementos que construyen contextos propicios para la circulación del vector *Aedes aegypti* se derivan de condiciones deficientes de infraestructura urbana y sanitaria: basurales a cielo abierto, existencia de baldes o grandes recipientes con agua estancada porque no hay red de agua potable y se hace necesario ir a buscarla a un punto específico del barrio, etcétera.

En las primeras líneas del Plan de Contingencia paraguayo, se afirma que la incidencia del dengue produce una disminución de la capacidad productiva de la población,

así como una sobrecarga en el sistema de salud pública. Asimismo, en uno de sus objetivos se establece la urgencia por prevenir y mitigar el posible brote de la enfermedad, para paliar su repercusión social y económica. De esta manera, puede observarse que la situación vinculada con la prevalencia de estas enfermedades se construye como una consecuencia y no como una causa: así, la relación entre desigualdades socioeconómicas y brotes epidémicos se encuentra fragmentada desde el mismo planteo de esta política pública. A la vez, subyace la idea de que la mejora de los índices relativos a esta enfermedad redundarán en efectos positivos en otros aspectos sociales de la vida cotidiana, algo que Foucault (1990) refutó al afirmar que el nivel de salud no opera como el nivel de vida, y que lo que contribuye en forma más notoria a la prevención de problemas de salud, así como a la eficacia de las planificaciones médicas, es la mejora de las condiciones económicas de la población. En el análisis *foucaultiano* que enlaza la economía política a la intervención médica, la premisa de un derecho a la salud que sea igual para todos —que parece vislumbrarse a través de los planes nacionales de salud pública— pasa por un engranaje que convierte esa igualdad en profundamente desigual; ese mecanismo, en el caso del Plan de Contingencia, es la misma omisión de la situación socioeconómica y su reemplazo por una racionalidad tecnocientífica que brinda las explicaciones a todas las preguntas.

En esa misma línea, el ocultamiento de los condicionamientos socioeconómicos que hacen que el dengue se localice, de manera predominante, en regiones donde la desigualdad social y los índices de pobreza son muy marcados, se realiza en consonancia con la construcción discursiva que subsume en la definición de “ambiente” y de “control ambiental” todas aquellas situaciones que, si bien se producen en el ambiente y deben ser susceptibles de un control, no se producen exclusivamente por factores relativos al hábitat. La elusión de los factores socioeconómicos implicados en esta problemática de salud, sumada a la utilización prácticamente eufemística del “ambiente”, impide que se produzca una de las transformaciones esenciales postuladas por Almada Bay (1986): que la prevención se constituya en un modo desalienante de entender las relaciones sociales, y que al ensayar nuevos modos de cuidado y de prácticas en la vida cotidiana, las personas puedan comprender ciertas características de su estilo de vida en un sentido histórico y social, no meramente como algo dado.

Es de resaltar que la utilización del concepto de ambiente para este tipo de planificaciones corresponde a la noción de modelo sistémico en epidemiología, que se abordará en el apartado sobre modelo de creencias y esquemas de salud-enfermedad que se observan en la formulación del Plan de Contingencia. En todos los casos, estas construcciones

discursivas —con efectos que exceden el plano del discurso, claro está— tienden a borrar o atenuar la causalidad social que subyace en la prevalencia de enfermedades infecciosas. Por ello, tanto en la Estrategia de Gestión como en el Plan de Contingencia de Paraguay se pretende actuar “sosteniblemente sobre los factores ambientales que predisponen a la presencia del vector”, sin aclarar si éstos poseen una raíz socioeconómica o simplemente climática o geográfica, y a la vez destacando que ésa sería una medida integral que permitiría reducir el número de casos de dengue. En este sentido, el llamado “control vectorial” depende de: a) movilidad adecuada; b) recursos humanos capacitados; y c) equipamiento, pero no de la modificación de las condiciones que promueven, en la población, la presencia de esta problemática: basurales a cielo abierto, falta de infraestructura sanitaria, viviendas en estado deficiente, etc. Lo propiamente ambiental también se orienta al cumplimiento de la normativa: así, se solicita que “los entes encargados de la aplicación de leyes ambientales”, las cumplan y traten de elaborar más políticas públicas al respecto, como también propender a la unificación de ordenanzas municipales sobre criaderos de mosquitos, sin especificar cuáles son esas normas, qué establecen y, sobre todo, cómo caracterizan las regiones que se encontrarían afectadas por este problema. Entonces, del lado de los funcionarios, la importancia se sitúa en el cumplimiento de la normativa y, del lado de la ciudadanía, las recomendaciones e indicaciones hacen uso de la llamada “participación social” para implementar un trabajo en conjunto cuya responsabilidad depende de la población.

En relación con esto, las ambigüedades y el ejercicio de poder que se vehiculizan a través de las sugerencias de participación comunitaria ya han sido señaladas por Menéndez (1998), en tanto esta actividad en el contexto neoliberal ha sido un recurso para exigir más a los que menos tienen: si bien este concepto alude a una actividad que es premisa, objetivo y medio de los procesos de salud/enfermedad/atención, en la perspectiva del neoliberalismo este modelo se volvió “centrado en el individuo y en la competencia como la alternativa más adecuada y ‘realista’. Colocaron el eje de la participación social en el individuo, en la autorresponsabilidad personal” (Menéndez, 1998: 10). En esta misma línea, Álvarez Leguizamón (2005) señala que esta teoría de la participación social se halla imbricada en un discurso minimista sobre el desarrollo humano, que ubica en el individuo la facultad (y la obligación) de utilizar sus capacidades “para metabolizar los bienes con los que puede contar”; así, se desvía la atención de “la dinámica social que produce la desigualdad” (Álvarez Leguizamón, 2005: 258). Para la autora, éste constituye un nuevo hallazgo de la economía política: que los pobres, aún con recursos limitados, sean interpelados como participantes de un juego cuyos resultados no dependen de las condiciones socioeconómicas, sino de su

habilidad para utilizar bien las “fichas” con las que cuentan. Siguiendo este razonamiento, en el Plan paraguayo se señala que la presencia del *Aedes Aegypti* podrá ser combatida mediante “la participación de la comunidad” y, en este sentido, una de las actividades señaladas para la fase inter-epidémica de esta política pública es impulsar la creación de mingas (trabajo comunitario gratuito) para paliar los criaderos de mosquitos en las zonas más afectadas, así como promover la movilización social y el cambio de “estilos de vida” en pos de hábitos saludables que permitan la prevención de esta enfermedad. Más allá de la presunción de que la población se enferma por malas costumbres que, debido a la ignorancia o a la indolencia, les provocan el contagio —este punto será abordado más adelante en este trabajo—, el concepto de “estilo de vida” conlleva una construcción individualizante que ha sido analizada por Menéndez (2009) y es considerado, por el autor, como el resultado de una operación del discurso biomédico que, de este modo, “orienta a trabajar con los sujetos en términos individuales” (Menéndez, 2009: 112), así como construye a partir de la caracterización del estilo de vida un indicador válido en epidemiología. Sin embargo, asociar las posibilidades de contraer dengue con un estilo de vida poco propicio para conservar la salud coloca una carga considerable de responsabilidad en los sujetos, los define como autónomos para modificar las condiciones que los ponen en riesgo, así como desplaza la consideración sobre los factores de desigualdad y pobreza que no pueden cambiar por sí mismos y que forman parte de un proceso histórico donde el poder jugó y juega aún un rol preponderante.

Perspectivas técnicas y administrativas para abordar lo social y sanitario

Si se dejan a un lado las consideraciones sobre el contexto socioeconómico y las características principales de la población afectada (si es migrante o no, si su estancia en zonas fronterizas coadyuva a la problemática, etc.), tal como se ha analizado hasta este punto, queda por pensar cuál es el fundamento sobre el que se asientan estas políticas públicas de salud. Y ese argumento basal es de carácter técnico, con una tendencia hacia lo administrativo, como se verá a continuación.

En principio, dos de los tres objetivos propuestos en los documentos analizados son de carácter técnico y apuntan, por un lado, a disminuir la morbi-mortalidad³ de un posible brote de dengue, así como a realizar con más eficiencia las labores de detección y control. La meta de reducción de la morbi-mortalidad, formulada en términos cuantitativos de reducción

³ El término “morbimortalidad” remite a la magnitud del conjunto de sujetos que pueden contraer la enfermedad en un espacio y tiempo determinados (morbilidad), así como la cantidad de muertes en personas que estuvieron expuestas a ese riesgo de contagio y/o que efectivamente se han contagiado.

de casos o de riesgo en ambas políticas de salud, se puede entender según la afirmación de Menéndez: “Un factor decisivo en la exclusión de los procesos socioculturales por parte de la epidemiología fue su identificación con la metodología ‘científica’ y especialmente con el uso exclusivo y excluyente de técnicas estadísticas” (Menéndez, 2009). Para este autor, ello contribuyó a construir veracidad sólo a través del método científico y a confundir lo medible con lo correcto.

El segundo objetivo es, como ya ha sido escrito, disminuir el riesgo de propagación y contagio de estas enfermedades, así como paliar sus rasgos endémicos y prevenirse contra eventuales brotes. El riesgo es un concepto presente en el modelo médico hegemónico e implica una mirada técnica sobre una problemática de salud que posee una base social y económica, la que va siendo paulatinamente dejada a un lado. Para Menéndez (2009), la noción de riesgo es propia del modo de pensar dominante en salud y epidemiología, y no sólo escinde la problemática de su contexto, sino que posibilita realizar intervenciones focalizadas, puntuales, que atienden nada más que a factores biológicos, pero que en realidad están vinculados de manera inseparable con procesos socioculturales. Tal como ha sido referido, erradicar los basurales a cielo abierto es una medida que implica un accionar político, social y cultural que no puede atenderse sólo con la idea de riesgo ni pensando que el único peligro es el de la propagación del mosquito *Aedes aegypti*. El concepto de riesgo cobró vigencia a partir de la década de 1950, justamente cuando también se diseñó el “modelo de creencias”, de extendida vigencia en el plano de la salud, como se verá más adelante.

No obstante, ya se había adelantado que surge siempre una marcada inclinación por lo técnico-administrativo, tanto en términos de comprensión del problema como de definición de líneas estratégicas. Pero, complementariamente, la orientación hacia lo administrativo puede vislumbrarse en las repetidas referencias a la necesidad de que el personal que trabaje para esta política se informe acerca del modo correcto de llenar fichas con los datos de los enfermos, así como en las menciones frecuentes sobre el reclutamiento y la formación adecuada de recursos humanos hasta ese momento insuficientes. Sin embargo, este procedimiento se planea de acuerdo con una óptica técnico-administrativa y no incluiría una perspectiva que trabaje con las condiciones socioeconómicas y los factores de desigualdad y pobreza que inciden en la permanencia de este problema de salud pública.

La omisión de la necesidad de mejorar las condiciones de vida de la población, con el fin de erradicar aquellos focos de dengue, se ve desplazada por una descripción de las malas condiciones de trabajo del personal a cargo de implementar el Plan de Contingencia que, por falta de vehículos, de formación especializada y hasta por inadecuación de sus

salarios, pone en riesgo la concreción de los objetivos planteados. En esta línea, se observa con frecuencia la utilización del verbo “gestionar”, cuya utilización en materia de políticas públicas se asocia con las perspectivas estatales asociadas con la gerencia social y con el desarrollo de proyectos y de políticas de un modo que se parezca a los procedimientos empresariales.

Por último, en el rastreo de los actores sociales que se consideran pertinentes para formar parte de esta política pública paraguaya —cuyo análisis permitiría también el seguimiento de este patrón técnico-administrativo—, no sólo los beneficiarios se encuentran difuminados en su caracterización, sino también las menciones a los participantes o asesores también son muy vagas, como ya ha sido adelantado en líneas anteriores. En ese sentido, no es posible discernir si está previsto realizar consultas sobre los lineamientos principales a organismos científicos, a asociaciones médicas u otros organismos implicados en esta problemática; esta observación permitiría analizar el esquema de poder implícito en esta política desde la óptica de los participantes invitados y necesarios, así como se podrían estudiar las ausencias significativas que, de estar presentes, podrían aportar información o trabajo pertinente al Plan.

Información educativa o educación informativa: un binomio sin fisuras

Esta anteúltima sección del trabajo pretende dar cuenta de la vigencia de la perspectiva del modelo de creencias en la formulación de la Estrategia y del Plan de Contingencia, en el ámbito de educación/información para las poblaciones afectadas. El llamado *modelo de creencias* fue diseñado en Estados Unidos en la década de 1950, con la finalidad de revertir la condición de débil participación de la población en los programas de prevención y detección de enfermedades. Tal como afirman Soto Mas *et. al.* (1997), el modelo de creencias se basa en diversas teorías del aprendizaje de tipo funcionalista y conductista, y pretende modificar conductas para transformar la actitud de los pacientes ante lo que los planificadores en salud consideran relevante para su bienestar y la ausencia de trastornos. Este tipo de planificación es de tipo normativo y no necesariamente tiene en cuenta las características de la población construida como destinataria de las políticas, así como no analiza los motivos por los que las personas deciden no cuidarse o prevenirse de ciertos problemas —pues es posible que elijan correr ese riesgo de salud en pos de minimizar otras amenazas que le resultan más graves o peligrosas. Asimismo, este enfoque basado en las creencias posee una base económica para su razonamiento, pues se centra en la idea de que las personas van a elegir aquella acción que les reporte un beneficio mayor pero, para saber qué

les conviene, tienen que estar enterados; así, la información representa el medio inequívoco para una elección adecuada, y quienes no eligen como se espera, es porque presumiblemente no saben lo que deberían, o no lo aprendieron del modo adecuado, para poder decidir mejor.

Este modelo de creencias suele combinarse con otros elementos provenientes del enfoque clásico de la epidemiología, de carácter biomédico; en especial, es el modelo sistémico de salud-enfermedad el que está detrás de las premisas de cada Plan. Tal como De Almeida Filho y Rouquayrol (2008) afirman, este esquema considera al proceso de salud-enfermedad como un sistema compuesto por el individuo, el agente patógeno y el ambiente con sus particulares condiciones, donde la epidemia tiene lugar y posibilidades de reproducción. El modelo sistémico considera que estos factores interactúan y tienen una influencia sinérgica, de tal manera que cada uno por separado no cuenta con el poder que tiene cuando se combina con los demás. Si bien esta perspectiva integral epidemiológica representa un avance con respecto a los modelos que sólo tienen en cuenta al agente biológico como factor causal, mantiene la idea biomédica de que esta causa siempre está localizada, es una sola y de carácter etiológico: en este caso, se trata del mosquito *Aedes Aegypti*, y no también del conjunto de condiciones que posibilitan que este agente pueda multiplicarse y que no sea sencillo erradicarlo (presencia de basurales, agua estancada, falta de saneamiento, etc.).

De manera complementaria, al hacer caso omiso de esta situación socioeconómica, este esquema sistémico también toma del modelo epidemiológico procesal la pretensión de dar un sentido explicativo (biológico) a las acciones de prevención dividiendo, por un lado, el medio externo donde tienen lugar los agentes causales y el medio interno (individuo) donde la enfermedad se presenta⁴. De este modo, en los documentos de Paraguay analizados, el *Aedes Aegypti* encuentra sus modos de reproducirse en el ambiente biológico: “Los cambios de temperatura y humedad a consecuencia del calentamiento global serán factores determinantes a favor de la expansión del vector”. En efecto, las transformaciones del clima y la profundización de los mecanismos dados por la globalización son señaladas por el documento paraguayo como los factores más importantes para la prevalencia del dengue en el país.

La vinculación estrecha entre información y educación, en la que una termina siendo casi un sinónimo de la otra, se puede rastrear a través del modelo de creencias ya desarrollado: así, en este documento se establece que las “acciones educativas” permitirían lograr cambios de comportamiento y la adopción de prácticas que permitieran prevenirse del

⁴ Por otro lado, este modelo también tiene en cuenta un periodo de pre-patogénesis, donde la enfermedad está presente aunque no se haya manifestado, y uno de patogénesis, cuando dichas manifestaciones ya han aparecido. La pre-patogénesis parece estar aludida en el periodo de formulación del Plan, elaborado con miras a la patogénesis o brote previsto para la primavera de ese mismo año (casi dos meses después).

vector transmisor. En el mismo sentido, esa modificación de hábitos podría promoverse, de acuerdo con esta política, a través de la llamada “movilización social” —de la que no se especifican características ni modos de actuar—, que podría “evitar la presencia y la reproducción del *Aedes aegypti* en los domicilios”. Esta argumentación no tiene en cuenta, una vez más, los factores contextuales que inciden en la permanencia del dengue y que no tienen que ver exclusivamente con una transformación de las conductas (falta de saneamiento, basurales a cielo abierto, infraestructura deficiente, etc.). En esta formulación, la experiencia no ocupa un rol importante y parecería que todo está por hacerse en materia de prevención y control: desde la formación de recursos humanos en número suficiente hasta la participación comunitaria, las vivencias de los anteriores brotes de dengue, así como las conclusiones que seguramente surgieron de tales episodios, no ocupan un espacio en esta política pública.

Finalmente, la alusión a la colaboración por parte de la población adquiere un carácter no solamente ligado con lo educativo, sino también con lo laboral. Tal como Menéndez (1998) y Alvarez Leguizamón (2005) han sugerido con respecto a las construcciones de la “participación social” —que han sido ya descritas en una sección anterior de este capítulo—, el impulso dado a la creación de mingas (trabajo comunitario gratuito) y a la movilización social para el cambio, basado en una combinación de educación-información, representa un modo de “desarrollo social humanizado”, en la definición que brinda Alvarez Leguizamón (2006) que, para la autora, se produce en el marco de la focopolítica, cuyas formas de gobierno “promueven la potenciación de activos de los propios pobres, dándoles valor económico. El Estado garantiza sólo mínimos biológicos, con suerte, y su función es ‘entregar paquetes básicos’ en áreas que antes estaban desmercantilizadas, como la salud y la educación” (Alvarez Leguizamón, 2006: 114). De esta manera, puede decirse que se observa un procedimiento claramente focopolítico no sólo cuando se actúa sobre la población afectada por dengue atendiendo al vector transmisor y dejando a un lado los condicionamientos socioeconómicos, sino que también se hace focopolítica cuando se requiere casi con indispensabilidad la participación comunitaria en ocasiones específicas y siempre orientadas (hacia lo técnico) por los planificadores estatales.

Conclusiones

Las formulaciones de políticas públicas de salud, sobre todo en el área de epidemiología, adolecen con frecuencia de una falta de renovación en sus perspectivas. Pese a los progresos y transformaciones suscitados en otros aspectos de la labor estatal, esta rama “dura” de la salud pública ha permanecido relativamente indemne frente a los cambios

sociohistóricos y a los debates sociales y médicos que la han tenido como objeto de estudio. De allí, entonces, que los dos documentos analizados posean ciertas características similares y sean susceptibles de criticarse en aspectos coincidentes: la falta de una construcción regional de la problemática, el excesivo peso dado a la técnica, el soslayamiento de los factores causales derivados de la pobreza y la desigualdad, el mantenimiento de miradas de larga data sobre la educación y la información, así como la inclusión (con rasgos neoliberales) de ciertas expresiones de moda como “participación social” y “colaboración comunitaria”, cuya ambigüedad suele convertirse en un peso de importancia para las poblaciones que, además de ser afectadas por estas enfermedades graves, desde la construcción de estas miradas supuestamente inclusivas deben aportar su trabajo y su energía para paliar situaciones que, con ese mismo trabajo y esa misma energía, nadie les permitió prevenir ni detener.

A través del recorrido por las premisas y las líneas estratégicas de ambos documentos analizados, puede inferirse que la consideración de los factores socioeconómicos —que inciden en la reaparición de estas enfermedades transmitidas por vectores— continúa siendo una ausencia marcada en este tipo de formulaciones, a pesar de que su inclusión brindaría nuevas oportunidades para abordar esta problemática de salud pública desde otra construcción de coyuntura social. Esta perspectiva renovada incluiría, entonces, los procesos de pauperización de regiones que históricamente han sido marcadas por la desigualdad y las carencias estructurales, a la vez que permitirían la incorporación de otras dimensiones no nacionales que participan en el desarrollo de este tipo de enfermedades. En este sentido, tener en cuenta también a la migración y a la circulación en zonas de frontera —una interacción de carácter consuetudinario que posibilita visualizar a estas áreas como territorios con características propias— también representa una cuestión importante para trabajar en materia de epidemias que poseen un carácter regional⁵.

Por otra parte, la relevancia puesta en el modelo de creencias —que apunta a la provisión de información para promover cambios en los hábitos y en las prácticas de la población— ha sido criticada desde diversos enfoques, puesto que no existe una relación unívoca entre estar informado y decidir prevenirse o cuidarse; más aún, entre poseer la información y poder controlar la llegada de la enfermedad. Por ello, la actualización de esta mirada sobre las elecciones de las personas acerca de su salud también debería contar con un

⁵ En este sentido, en el año 2010 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay lanzó el primer número de la *Revista Paraguaya de Epidemiología*, cuyo sitio web incluye links a alertas regionales de Bolivia, Brasil y Argentina. Este intento implica un cierto reconocimiento de que esta problemática excede los límites nacionales, pero esta modificación no se observa en los documentos oficiales de políticas públicas como el que se ha analizado en este capítulo.

análisis de las cuestiones que no dependen sólo de estos aprendizajes y transformaciones. En este sentido, es posible que las personas sepan que el agua distribuida en recipientes en su patio o terreno aumenta sus probabilidades de contraer dengue, pero si no cuentan con una red de agua potable se verán obligados a acumular agua que obtengan a través de canillas comunitarias, y no tendrán otra alternativa que juntar agua en cantidad para lavar o bañarse, sólo por dar un ejemplo.

Por último, estos enfoques contribuyen a que estas formulaciones estatales presenten un perfil tecnoadministrativo que no están acompañadas por otras perspectivas propias del campo social, cultural y/o político. La falta de actores no científicos, así como de los científicos que se dedican a las disciplinas humanísticas y sociales, tiene como resultado la construcción de una política que basa su racionalidad en criterios técnicos y de las ciencias naturales. Como consecuencia, la intervención planteada por este tipo de políticas es focalizada, atiende al factor biológico que causa la enfermedad pero deja a un lado un análisis profundo y pormenorizado de las condiciones que dan lugar a esta problemática. Después de todo, bien vale aclarar que no existe vacuna para el dengue —a diferencia de lo que sucede con la fiebre amarilla, que se transmite por el mismo vector—, salvo el trabajo constante y prolongado en el tiempo sobre aquellos factores o cuestiones que tienen que ver con el estilo de vida de las personas, y éstos suelen ser resistentes al cambio no por falta de información, sino por una carencia histórica de recursos socioeconómicos, lo que constituye una demostración evidente del proceso de desigualdad y de brecha social que se manifiesta desde hace décadas.

Bibliografía

Almada Bay, Ignacio 1986 “La crisis y la salud” en *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) N° 35.

Alvarez Leguizamón, Sonia 2006 “La invención del desarrollo social en la Argentina: historia de ‘opciones preferenciales por los pobres’” en Andrenacci, Luciano (Comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (Buenos Aires: UNGS-Prometeo).

Alvarez Leguizamón, Sonia 2005 “Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza” en Alvarez Leguizamón (Comp.) *Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe: estructuras, discursos y actores* (Buenos Aires: CLACSO).

Belmartino, Susana y Bloch, Carlos 1984 “Reflexiones sobre participación social en salud en Argentina” en *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) N° 27.

De Almeida Filho, Naomar y Rouquayrol, Maria Zélia. 2008 *Introducción a la epidemiología* (Buenos Aires: Lugar Editorial).

Fantín, María Alejandra “Disponibilidad y demanda de los servicios de salud en la frontera argentino-paraguaya”, ponencia presentada en el II Taller “Paraguay como objeto de estudio de las Ciencias Sociales”, Asunción, mayo 2009.

Fantín, María Alejandra 2008 *Población, sociedad y salud en la frontera argentino-paraguaya* (Asunción: Serie Investigaciones de la Asociación Paraguaya de Estudios de Población).

Foucault, Michel 1990 *La vida de los hombres infames* (Buenos Aires: Ediciones Altamira).

Menéndez, Eduardo 2009 *De sujetos, saberes y estructuras* (Buenos Aires: Lugar Editorial).

Menéndez, Eduardo 1998 “Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado” en *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) N° 73.

Menéndez, Eduardo 1985 “Modelo hegemónico, crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud” en *Cuadernos Médico Sociales* (Rosario) N° 33.

Morales San Pedro, Emilio y Gil Roales-Nieto, Jesús 2003 “El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa hacia un análisis funcional de las creencias en salud” en *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* (Almería), Vol. 3, N° 1.

Soldano, Daniela y Andrenacci, Luciano 2006 “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino” en Andrenacci, Luciano (Comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea* (Buenos Aires: UNGS-Prometeo).

Soto Mas, Fernando *et. al.* 1997 “El modelo de creencias en salud: un enfoque teórico para la prevención del sida” en *Revista Española de Salud Pública* (Madrid) N° 71.