

Educación para la salud y discursos sobre la migración

Una articulación conflictiva en las políticas sobre epidemiología¹

Education for health and speeches about migration

A troublesome articulation in policies regarding epidemiology

Laura Gottero

Licenciada en Ciencias de la Comunicación
Instituto de Investigaciones “Gino Germani”
Universidad de Buenos Aires (Argentina)
lauritagottero@hotmail.com

RESUMEN

En el desarrollo de una política de salud, la dimensión educativa ocupa un lugar destacado, tanto en lo que se refiere a la capacitación de los agentes sanitarios como en la formación ciudadana y comunitaria. Sin embargo, como todo proyecto educativo, éste deja a un lado ciertos contenidos para privilegiar otros, a la vez que construye de determinada manera los fenómenos asociados con la problemática señalada —incluso, la misma elección de los factores de dicha asociación es en sí una decisión que recorta ciertos sentidos de un amplio espectro. Con esta premisa, este artículo se propone analizar los materiales de comunicación (para la población en general) y las guías con las que se forma a los agentes comunitarios en salud, para que participen en las campañas de prevención de dengue y fiebre amarilla en Argentina. Teniendo en cuenta la Ley Migratoria vigente en el país (N° 25.871), que reconoce el derecho a la salud para los migrantes, este trabajo critica la falta de difusión y traslado de estos cambios a las políticas de salud sobre epidemiología que son elaboradas por el Ministerio de Salud argentino, lo que incide en el mantenimiento de imágenes discriminatorias y en la atenuación de las transformaciones positivas orientadas desde la normativa.

Palabras clave: Educación para la salud, políticas públicas, epidemiología, migración

ABSTRACT

In the development of health policy, the educational dimension is prominent both in regard to the training of health workers and to the training of citizens and communities. However, as any educational

¹ Este artículo fue escrito en el marco del desarrollo del Proyecto UBACyT “La cuestión migratoria en la Argentina: procesos de transformación, integración regional, derechos y prácticas sociales” (IIGG, FSOC, UBA).

project, it leaves out certain contents to privilege others, while building a certain way the phenomena associated to the mentioned problems -even, the same choice of factors such association is itself a decision to cut some ways of a broad spectrum. With this premise, this paper attempts to analyze communication materials (for the general population) and guidelines used to train community health agents in order for them to participate in campaigns to prevent dengue and yellow fever in Argentina. Given the current immigration law in the country (No. 25,871), which recognizes the right to health for migrants, this paper criticizes the lack of dissemination and transfer of these changes on health policies regarding epidemiology that are developed by the Argentinean Health Ministry. This helps to keep discriminatory images and attenuates positive changes oriented from current regulations.

Keywords: Health education, public policy, epidemiology, migration.

Recibido: Marzo de 2013 / **Aceptado:** Mayo de 2013

Introducción

Las planificaciones educativas que abordan de manera específica la dimensión de la educación para la salud, con fines de promoción y prevención en la población, constituyen un eje central en la mayoría de los planes y campañas sanitarias en Argentina. Esto constituye, asimismo, una tendencia global impulsada por los mismos organismos internacionales que establecen a la educación como una de sus premisas de acción de salud, dado que no sólo provee de conocimientos a la comunidad sino que también la impulsaría hacia la participación social. Este planteo, en términos formales, parece inobjetable; sin embargo, se vuelve cada vez más necesario debatir sobre los contenidos que se difunden a través de la tríada información-educación-participación, puesto que utilizar estos conceptos sin actualizar la perspectiva hegemónica desde la que se los está promoviendo resulta riesgoso a la hora de pensar y de trabajar sobre problemáticas sociales.

Como todo proyecto educativo, la llamada “educación para la salud” también implica un recorte ideológico y semántico que deja afuera ideas o fenómenos que, de ser incluidos, actualizarían —y también modificarían, posiblemente— la mirada sobre las cuestiones analizadas. Esto se vuelve especialmente notorio cuando las formulaciones para los educadores, y los materiales para la población con la que éstos trabajarán, omiten transformaciones claves de la normativa y los procesos de políticas públicas, como es el caso de la ley migratoria argentina N° 25871. Esta norma, que considera a la migración como un derecho humano y reconoce el derecho a la salud para las poblaciones migrantes, adolece de una falta de difusión en ciertos documentos y materiales sobre salud pública que, cuando la problemática sanitaria aborda de manera directa a la frontera y a la migración, puede ser causante y/o reforzadora de estereotipos y concepciones discriminatorias sobre los migrantes. De esta manera, cualquier modificación positiva en materia de derechos se diluye en la puesta en práctica de las acciones sanitarias.

El presente artículo aborda la forma de elaborar y/o definir la educación para la salud en materiales publicados por el Ministerio de Salud argentino sobre una

problemática sanitaria de actualidad: los brotes periódicos de dengue, en relación con la construcción del migrante y la interpelación a la población susceptible de la prevención. Con este fin, por un lado, se observarán los principales rasgos textuales y paratextuales de los materiales de comunicación que se difunden desde dicha agencia estatal para la población en general y, por otro lado, se analizarán dos compendios con los que se capacitan los denominados “agentes comunitarios” —sobre los que también encontrará el lector una problematización breve—: *Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor*, y el *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud (Módulo I: Dengue, y Módulo II: Fiebre amarilla)*, ambos publicados en el 2009. El objetivo general de este análisis documental es indagar qué construcción discursiva se elabora sobre la migración en ambos documentos —también resaltando las ausencias de tratamiento, puesto que éstas también poseen significado— y, en consecuencia, que posibilidades se destacan desde esta puesta en práctica de educación para difundir y consolidar el reconocimiento al derecho a la salud para los migrantes que residen en Argentina. Como metas derivadas de este objetivo general, que serán abordadas de manera más somera, se analizará el rol del agente comunitario como mediador entre el Estado y la sociedad, y el sentido dado al término *participación social* en el contexto de estas iniciativas estatales.

El desarrollo de este artículo presenta dos partes: en la primera se desarrollan las características de la ley migratoria N° 25871 de Argentina y se mencionan cuestiones conceptuales sobre políticas públicas y de salud, así como se brindan algunos datos del modo en que se enlazaron migración y salud, en el imaginario social, desde el siglo XIX en el país. En la segunda sección el lector podrá encontrar el análisis documental que es el núcleo de este trabajo, donde a partir de las categorías expuestas en las páginas anteriores se indaga sobre los rasgos más significativos de los materiales de comunicación y la guía para el promotor de salud.

1. Enfoque conceptual y normativo

1.1. Contexto normativo: ley N° 25871 y la migración como un derecho humano

La ley de migraciones N° 25871 fue sancionada en Argentina en diciembre de 2003 y promulgada en enero de 2004; este resultado positivo se logró luego de intensos debates en foros políticos y sociales, así como numerosos reclamos por parte de las colectividades migrantes y de la comunidad académica. El proyecto, víctima de prórrogas y demoras, finalmente pudo ser tratado en la última sesión del 2003 en la Cámara de Diputados y, días después, obtuvo la mayoría en la Cámara de Senadores. Aunque el reglamento debió esperar al 2010 para ser terminado y aprobado, desde su promulgación los estudiosos del tema remarcaron las diferencias ideológicas

de esta norma con la que fuera sancionada en tiempos de dictadura (N° 22439, también llamada “Ley Videla”): “La ley 25.871 ha puesto punto final a una situación denigrante para la condición humana, como era la anterior ley de migraciones. Esto es así ya que una doble inconstitucionalidad impregnaba la misma, de una parte porque el órgano emisor fue un gobierno de facto; de otra porque su contenido traicionaba los postulados de la Constitución Nacional y los textos internacionales de protección de los derechos fundamentales” (Chausovsky, 2004). Esta norma fue sancionada en una etapa considerada de cambios para la Argentina, durante el gobierno de Néstor Kirchner, que fue señalada como de quiebre con los rasgos principales del modelo imperante en la década de 1990: “Entre 2000 y 2004 se produce en la Argentina una grave crisis económica, social y política que marca el agotamiento del modelo neoliberal” (Novick, 2004).

Una de las modificaciones más relevantes suscitadas por la Ley 25871 — que la distancia claramente de su norma predecesora, la 22439—, es sin duda el reconocimiento de la migración como un derecho humano, “esencial e inalienable de la persona” (Art. 4), mientras que el migrante es definido como “todo aquel extranjero que desee ingresar, transitar, residir o establecerse definitiva, temporaria o transitoriamente en el país conforme a la legislación vigente” (Art. 2). Siguiendo a Lelio Mármora (2002), el texto normativo contiene una finalidad regulatoria en sus artículos —al igual que la ley anterior—, pero acompañado de un objetivo preponderante: lo que Mármora denomina “incorporación migratoria”, es decir, la búsqueda de una adecuada inserción de los migrantes en la sociedad de destino.

La posibilidad avalada por el Estado de que los migrantes reciban atención para su salud constituye uno de los avances de la ley migratoria 25871, que a partir de reconocer a la migración como un derecho humano garantiza derechos sociales, entre los que se encuentra el acceso a la atención médica que promueva la salud de la población migrante. Una interesante observación sobre la perspectiva garantista de esta ley la ofrece Novick (2010), al señalar que hay un proceso de doble desnacionalización, positivo, en la política migratoria argentina: “[la] aceptación y [la] recepción del principio establecido por las normas internacionales de considerar el derecho a migrar como un derecho humano esencial, circunstancia que limita la autonomía y poder del Estado” (Novick, 2010: 21). El derecho a la salud se menciona en forma explícita en el Art. 8 y establece la “negación de la negación” por parte de las agencias estatales: “No podrá negársele o restringírsele en ningún caso, el acceso al derecho a la salud, la asistencia social o atención sanitaria a todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria”.

Pese a los rasgos positivos y transformadores de la nueva ley, que modifica la óptica policial y represiva desde la que se consideraba a las migraciones de acuerdo con la norma 22439, que basaba su formulación en los preceptos de la doctrina de seguridad nacional, es posible señalar dos problemas que incidieron negativamente en

la consolidación social de estos cambios en materia de política migratoria. Primero, como ha sido señalado, la demora en reglamentar la ley: siete años de espera para operacionalizar los contenidos de la (ya no tan) nueva norma constituyen un tiempo considerable que atenúa y diluye la fuerza de un cambio normativo. Segundo, la difusión de la Ley 25871 —norma que beneficia a las poblaciones migrantes así como establece un nuevo marco de interacción en el conjunto de la población— constituye un objetivo aún desarrollado en forma esporádica y fragmentaria, tanto desde el aparato estatal como desde las diferentes instancias sociales. Justamente, la cuestión del acceso a la información es uno de los problemas centrales, pues la presencia (o no) de la articulación entre migración y derecho a la salud en los espacios masivos de comunicación institucionales —como es el caso de la web del Ministerio de Salud— y en los documentos con los que se forma a los educadores para que éstos trabajen con la población, brinda una idea sobre el modo o la intensidad con que las formulaciones estatales del área de la salud incorporan la concepción del derecho a la salud para las poblaciones migrantes en su organización discursiva. En efecto, tal como destaca Mármora (2002), “la específica y determinada percepción que el Estado tenga de las migraciones será el fundamento para la elaboración de esas políticas y su consecuente plan de acción”; por eso, en algo que parece tan favorable e inobjetable como las guías educativas y los folletos de comunicación elaborados y distribuidos por el Ministerio de Salud argentino puede advertirse las características del tratamiento de las poblaciones migrantes en el contexto (o a pesar) de vigencia de la ley migratoria.

1.2. Estado, políticas sociales y salud

Tal como explicitan Abel y Caggiano (2006), el derecho a la atención médica para las poblaciones migrantes, reconocido en la Ley 25871, configura y se desarrolla en el marco de una problemática específicamente estatal. De este modo, la discusión sobre la forma de articular el fenómeno migratorio en un contexto de derecho a la salud —y en consecuencia, de modificar miradas y estereotipos que asocian a los migrantes con la incidencia de ciertas enfermedades— adquiere los rasgos y utiliza las herramientas de un “problema de Estado”, puesto que la dimensión política del aparato estatal atraviesa todo el sistema de salud, sobre todo en el caso de la salud pública, cuyos funcionarios son agentes del Estado. Siguiendo lo expuesto, la incorporación social de las transformaciones normativas en materia de derechos de salud para los migrantes es un proceso que aún no está consolidado. Por ello, existen legislaciones subnacionales contrapuestas con la ley migratoria nacional, así como con los acuerdos internacionales que garantizan la atención médica para todas las personas que la necesiten: con respecto a esto, Jelin (2006) afirma que “la información recogida muestra que las relaciones entre los migrantes y el sistema de salud son conflictivas y tensas y que abarcan dimensiones culturales, económicas, administrativas, de política pública, de relaciones internacionales y de derechos humanos” (Jelin, 2006: 12).

Es en este sentido que se vuelve pertinente incorporar ciertas cuestiones conceptuales sobre el aparato estatal, las políticas públicas y, dentro de éstas, las llamadas *políticas sociales*, con el fin de enriquecer el debate a partir del análisis documental que se encuentra en la segunda sección de este artículo.

El Estado puede abordarse, en principio, desde la definición que combina soberanía y práctica del derecho, que afirma que aquél tiene el poder soberano en un territorio delimitado (límite de validez espacial) y sobre el pueblo que vive en su interior (límite de validez personal), tal como lo explicita Bobbio (1998) citando a Kelsen. Siguiendo esto, los sujetos a los que pueden aplicarse las normas jurídicas que emanan del poder soberano son considerados ciudadanos de ese Estado. A partir de esta acepción clásica, puede ahondarse en las particularidades que distintos autores han destacado, mediante el análisis de contextos sociohistóricos más cercanos a América Latina y a las décadas precedentes. Oszlak (1980) se refirió de manera específica al aparato estatal y a su racionalidad implícita, entendiendo a ésta no como algo homogéneo y cerrado, sino como una formación cuya trayectoria es “errática, sinuosa y contradictoria, en la que se advierten sedimentos de diferentes estrategias y programas de acción política” (Oszlak, 1980). En efecto, el autor se refiere al Estado —especialmente en su nivel nacional— como un proceso de construcción que supone la elaboración de “la instancia política que articula la dominación en la sociedad, y la materialización de esa instancia en un conjunto interdependiente de instituciones que permiten su ejercicio” (Oszlak, 1985: 14). Es en este sentido que, para analizar las políticas públicas formuladas desde el Estado y el imaginario social subyacente, resulta preciso entender al aparato estatal como una arena política, en términos de Oszlak y O’Donnell (1976) que, en un enfoque del Estado “desde adentro”, permite indagar en el proceso de elaboración de una política y en sus características. Esta mirada es congruente, también, con la idea de un “Estado polifónico”, donde se expresan y se relacionan grupos en función de sus intereses (Bohoslavsky y Soprano, 2010), así como con la caracterización de Carlos Vilas, según la que el Estado es a un mismo tiempo “estructura de poder, sistema de gestión y fuente generadora de identidades” (Vilas, 2005: 37), lo que lo convierte en una instancia suprema de decisión sobre la población en un territorio, y como un espacio institucional que canaliza las disputas entre actores que quieren disponer de recursos de poder. Para este autor, además, el Estado es una construcción humana que cristaliza en su forma particular la configuración de actores políticos implicados en sus relaciones sociales y en sus vínculos con otras sociedades: estas interacciones, asimismo, dan lugar a la multiplicidad de metas en disputa (Vilas, 2007).

En el conjunto heterogéneo y complejo de las políticas públicas, las políticas sociales ocupan un lugar destacado, en tanto comprenden las formulaciones estatales que se dirigen al cumplimiento o a la satisfacción de los derechos sociales (salud, vivienda, educación, etc.). Sin embargo, también pueden entenderse desde una perspectiva amplia, según la que las políticas sociales no son sólo las

que abordan alguna de estas dimensiones, sino que también abarcan aquellas premisas que, en otros lineamientos estatales también marcan posición sobre lo social: ésta es la postura de Falappa y Andrenacci (2009), para quienes la política social es más un enfoque que un grupo de políticas, y se relaciona con las funciones, fines o consecuencias de la acción pública: “Una amplia gama de intervenciones del Estado son, así, políticas sociales: lo son todas las intervenciones públicas que regulan las formas en que la población se reproduce y socializa y las que protegen a la población de situaciones que ponen en riesgo esos procesos o neutralizan sus efectos no deseados” (Falappa y Andrenacci, 2009: 9). De manera específica, los autores incluyen a las políticas de salud en el conjunto de las formulaciones sobre servicios universales —intervenciones estatales tendientes a garantizar un mínimo de asistencia a todos los ciudadanos habitantes del Estado nación—, pero si se adopta su acepción ampliada, la política migratoria también constituye una política social de acuerdo con estos parámetros; de allí que uno de los objetivos de esta tesis sea el de articular el discurso de una política social “clásica” como es la de salud —desde el área epidemiológica— y una política considerada social en un sentido amplio, como la que trata el fenómeno migratorio. De manera igualmente extensa aunque a través de las categorías de Foucault, Alvarez Leguizamón (2008) aporta su concepto de política social: “concreción de tecnologías de poder gubernamental y no gubernamental sobre las poblaciones consideradas como amenaza y a las que hay que disciplinar” (Alvarez Leguizamón, 2008: 61), resultado que hace visible una forma particular de vinculación entre el Estado, el mercado, la familia y las comunidades.

1.3. Migrantes y salud pública: algunas postales del imaginario argentino desde el siglo XIX

Acercándonos más a la temática específica que aborda este artículo, es importante señalar que en las informaciones oficiales sobre casos de dengue y el desarrollo de esta problemática en Argentina, es frecuente encontrar la referencia al “caso importado” o los casos confirmados “con antecedente de viaje”. En este sentido, la oposición entre los casos “con antecedente de viaje” (en adelante, “con AV”) y los que no tienen esta condición (“sin AV”) remite a la situación migratoria del contagiado; ya se trate de una persona argentina o de otro país, la característica de haber estado en otra parte es destacada, en los partes sobre dengue, más que cualquier otro factor que incide en la expansión de esta enfermedad (infraestructura urbana, acceso a agua potable en el domicilio, etc.).

La referencia al viaje, a la migración, se enlaza con la marcación de “lo extranjero” en la situación definida: tanto el contagio puede radicarse en espacios ajenos al territorio argentino, como el mismo enfermo puede ser el no-nativo. Así, los casos “con AV” serían en cierta medida ajenos a la problemática autóctona:

han venido para engrosar el conteo pero pareciera que la referencia a la migración obtura otras fuentes y/o motivos de contagio. De este modo, puede notarse que las connotaciones atribuidas al extranjero siguen operando con la fuerte carga simbólica que Devoto (2003) señalaba, en el sentido de que la distinción entre “inmigrante” y “extranjero” se encuentra en el origen de las construcciones jurídicas y sociales sobre la migración. Para el autor, estas nociones estuvieron expuestas a redefiniciones y resignificaciones durante los siglos XIX y XX; de hecho, en algunos casos, socialmente era más sencillo distinguir ambas ideas cuando jurídicamente las demarcaciones eran mucho más imprecisas: “Por supuesto que el inmigrante es jurídicamente un extranjero y que el uso del término se aplica cuando deben indagarse los derechos (en especial la larga discusión sobre los derechos políticos) de los habitantes que no son argentinos (...) Sin embargo, en un uso extrajurídico, en la prensa, en el ensayo, en el uso social del término, las distinciones entre unos y otros son muy evidentes” (Devoto, 2003: 33).

El enlace entre salud pública y migración fue planteado por el Estado argentino desde el inicio de las migraciones llamadas “de masas”, sucedidas a fines del siglo XIX y principios del XX, en el que las políticas de selección poblacional introdujeron requisitos de ingreso relacionados con la salubridad y el control de enfermedades. Esta nueva perspectiva para la admisión, afirma Devoto, fue un puntapié importante para la sanción de políticas restrictivas:

En el terreno del control de los arribados, lo más activo fue intentar imponer mecanismos más estrictos en el plano sanitario. En ello, a las consideraciones antes indicadas habría que agregar ahora el clima ideológico imperante en los grupos dirigentes con el crecimiento de perspectivas biológico-raciales, que encontraban amplio espacio en el higienismo y en la eugenesia social, con su celo en el mejoramiento de la ‘raza argentina’ [...] El problema era parte de una tendencia de más largo plazo —que venía del siglo pasado y dominaría todo el siglo XX— de otorgar particular importancia a las cuestiones de salud por el peligro que se suponía conllevaban, dado el énfasis puesto en la influencia de la transmisión hereditaria en la conformación de los pueblos (...) En otro orden de problemas, pero en el mismo registro —y revelando nuevamente el peso del Departamento Nacional de Higiene—, en 1913 un nuevo decreto aumentaba nuevamente la tipificación de las enfermedades que daban lugar a la exclusión de inmigrantes”. (Devoto, 2003: 291-292)

Tal como muestra esta referencia histórica, la construcción de la inmigración como una causal de problemática de salud pública se encuentra en el origen mismo del reconocimiento de la influencia migrante en la constitución de la población argentina, y representó la fuente de imaginarios y estereotipos de gran influencia en el siglo XX. En el mismo sentido, Soldano y Andrenacci (2006) dan cuenta de la ocasión de las grandes epidemias de fines del siglo XIX en Argentina —en especial la de fiebre amarilla en 1871— como un momento

en el que esta problemática pasó a formar parte de la agenda del Estado, y a través de la que el higienismo logró una inserción legitimada en el plano de la salud pública: “Convertida la enfermedad, en particular la de tipo infeccioso, en una ‘cuestión social’, el higienismo se identificaría con la civilización y el progreso, en una lucha contra los ‘miasmas’ que autorizarían distintos modos de intervención para su erradicación” (Soldano y Andrenacci, 2006: 57).

La visibilización de los extranjeros como asociados con la difusión de ciertas enfermedades constituiría, así, una de las formas en que la definición cultural de lo nacional, por parte del Estado, marca la distancia entre un *nosotros* y un *ellos*. El lente de la nacionalidad define, de este modo, la perspectiva desde la que se estructuran los vínculos en sociedad: “La nación y la nacionalidad, en tanto se erigen como delimitadoras de las relaciones sociales, cristalizan alteridades sistémicas frente a las que se elaboran distintas políticas desde lo que se denominaría ‘cultura política argentina’, es decir, desde los patrones oficiales de definición de lo válido y lo deseado en el territorio” (Halpern, 2010: 179).

Llevando estas perspectivas al campo de la política migratoria, cuando ésta es articulada con presupuestos relativos a la defensa y la seguridad, señala Mármora (2002) que esto conlleva a que la interpretación de ciertas problemáticas se realice a partir de hipótesis de conflicto, donde el extranjero (en tanto tal) se incluye como parte de los factores intervinientes, para así tornarlo un sujeto de control permanente por parte del Estado. Esta combinación discursiva se vuelve especialmente pertinente a la hora de analizar el tratamiento de la cuestión migratoria en relación con las fronteras, espacio geográfico cargado de significaciones y donde puede actualizarse la idea de *codificación hegemónica del espacio geográfico*, donde los desplazamientos humanos en un territorio, así como los sujetos que los encarnan, son cargados de sentidos asociados con cierta lectura e interpretación de lo social desde el Estado. De allí que, por ejemplo, durante los 90 los movimientos geográficos de personas desde las fronteras de Argentina hacia su interior fueran entendidas en términos de invasión o de peligro, lo que produjo un imaginario social sobre los migrantes regionales como desestabilizadores del orden social, así como se los construyó en términos de amenaza para la sanidad nacional (Halpern, 2010; Domenech, 2006). Sería interesante pensar, entonces, qué elementos de esa construcción simbólica han permanecido —seguramente no inmutables— en ciertas políticas públicas, pese a los cambios en materia de legislación y el trabajo que desde diferentes foros de la opinión pública se realiza para desactivar estereotipos e imágenes negativas y erróneas de la migración, aún en las elaboraciones estatales pretendidamente inclusivas y respetuosas de los derechos sociales, como pueden ser las políticas de salud. Este artículo, desde su objetivo general, planea realizar un aporte a esta discusión.

Si bien existieron modificaciones normativas —ya señaladas en un apartado anterior— que hicieron de la ley migratoria argentina una ley de avanzada, es necesario advertir que la difusión de la migración como un derecho humano y la construcción de la extranjería en términos dudosos o negativos siguen siendo dos extremos en tensión y en permanente disputa a la hora de elaborar políticas públicas en materia de derechos sociales. De hecho, la mención de enfermos con antecedentes de viaje como un factor preponderante de incidencia de dengue y fiebre amarilla —resaltada en líneas anteriores—, cuando no son sólo éstos los elementos en juego que definen el inicio de la circulación viral (ni siquiera se trata de los más importantes), se subsume en la afirmación general de Halpern (2010) cuando se refiere a que los discursos sobre la migración se encuentran atravesados por una esencialización y una serie de prejuicios en cuya difusión y estimulación intervienen también el Estado y sus instituciones, a pesar de los avances que puedan darse en materia de normativa migratoria. Frente a esto, se coincide con Penchaszadeh (2012) en señalar que la dimensión de la extranjerización suele ser intrínseca a las políticas públicas de carácter nacional, a la vez que funciona de manera negativa para incluir a aquellos que formarían parte del conjunto de la ciudadanía:

Es preciso seguir hablando de extranjeros, pues suponer que esta figura está en proceso de desaparición supone un gesto de represión de los procesos de extranjerización que necesariamente marcan el pulso de las democracias actuales. La cuestión de la diferencia espacio-temporal que supone la extranjería, ‘condición’ que implica la posibilidad de marcar un adentro y un afuera de la comunidad, es central en el marco de nuestras sociedades posfundacionales. (Penchaszadeh, 2012: 46)

Al pensar en una política pública para la población en general, se vuelve primordial definir quiénes se encuentran incluidos en esta acepción abarcativa y cuáles son los lazos de esta idea determinada de población en relación con las categorías de ciudadanía, nacional y extranjero. Sólo así será posible observar qué incluye esta apelación a un beneficiario masivo, que se constituye en destinatario por el mismo mecanismo que excluye a quienes no se beneficiarán con esta medida. A este respecto, señala Penchaszadeh (2012) que el concepto de ciudadanía es muy flexible y ha acompañado las más variadas formas de participación en una comunidad. De allí, entonces, la necesidad de vincularla con otras variables sociohistóricas para indagar su peso y su reconfiguración en los procesos políticos actuales; sobre todo porque, tal como señala la autora, “la ciudadanía posee una dimensión excluyente que es central y que determina, en muchos aspectos, su efectividad: se es ciudadano o extranjero, marcando con ello un adentro y un afuera fundamental” (Penchaszadeh, 2012: 45). Lo que hay que observar, en el marco de las políticas sociales, es no sólo quiénes son considerados ciudadanos y quiénes no, sino quiénes, siendo ciudadanos, a la vez se ven despojados y/o vulnerados en el acceso a sus derechos. Siguiendo esto, Repetto y Andrenacci (2006) destacan que en las políticas públicas se puede vislumbrar la

relación entre ciudadanía e institucionalidad social², en tanto aquéllas pueden dar cuenta de cierto imaginario sobre el ciudadano y las organizaciones sociales.

El adentro y el afuera de la comunidad también es analizado por Caggiano (2008) al analizar el mecanismo de restricción de la ciudadanía como forma esencial de marcar un afuera aun estando adentro de un conjunto social: “Aquellos sobre quienes cae la restricción de la ciudadanía son el afuera del adentro y, al encarnarlo, recuerdan a los demás ese afuera” (Caggiano, 2008: 41). De esta manera, señala el autor, estos obstáculos y demarcaciones son productores de sujetos con determinadas características para el imaginario, aunque estas configuraciones no están dadas para siempre sino que cambian al ritmo de los procesos sociales; en especial, los ciudadanos que surgen de la restricción de la ciudadanía no son menos ciudadanos, sino que son distintos. Es decir, no tienen un grado de ciudadanía menor sino que, siendo técnicamente ciudadanos, tienen un peso distinto en la sociedad que sirve para confirmar su posición con respecto a otros, pero también para informarle a esos otros cuál es su lugar: “ciudadanía restringida refiere a un estado que en nuestras sociedades forma parte del proceso general de ciudadanización [...] La figura de los incluidos como excluidos reafirma la pertenencia de los incluidos” (Caggiano, 2008: 42).

Las referencias a la inclusión y a la exclusión, cruzadas por la línea del peligro, es una situación también analizada por Espósito (2009) pero desde otro ángulo: para el autor, la construcción de la inmigración como amenaza, como un factor para el contagio biológico y social, se encuentra en los más diversos discursos sociales: “Se conoce la dimensión a la vez social, política y jurídica del fenómeno de la inmigración. Pero no pocas veces se lo presenta desde los medios no sólo como amenaza para el orden público, también como un potencial riesgo biológico en relación con el país hospedante según un modelo de patologización del extranjero” (Espósito, 2009: 13).

A partir de estas consideraciones sobre el modo en que se han articulado las ideas sobre la migración y la salud pública —y, consecuentemente, se han construido factores causales de enfermedades que ingresaron en la agenda estatal—, es posible e interesante debatir qué contenidos se inculcan en la población a través de ciertos materiales que son elaborados en la línea de educación para la salud. En especial, resulta fructífero rastrear los vacíos y las ausencias que dibujan, en su misma omisión, formas especiales de nombrar a los fenómenos sociales como la migración. Por ello, el último apartado de esta primera parte pretende esbozar ciertas líneas conceptuales sobre educación para la salud y participación social, ésta última la

2 Institucionalidad social es definido por los autores como “el conjunto de reglas de juego formales e informales (incluyendo las rutinas y costumbres organizacionales) que enmarcan el contenido y la dinámica administrativa y política de las políticas sociales” (Repetto y Andrenacci, 2006: 296).

premisa necesaria para que la población se incorpore en los objetivos educativos y aproveche sus resultados.

1.4. Educación para la salud³: algunas ideas para su abordaje

Las diferentes propuestas educativas para el plano sanitario que se elaboran en todo el mundo —frecuentemente, desde los organismos internacionales hacia los países, lo que representa más de una cuestión problemática en términos de hegemonía de la producción de discursos sobre salud— da cuenta de la relevancia de la educación para la salud. Tal como señalan Alonso y Caballero Uribe (2010) al indicar que su formulación se ha vuelto un problema actual en diversos países; esta afirmación general se particulariza en sus afirmaciones sobre la hegemonía del modelo biomédico que ha impedido que los ciudadanos desarrollen competencias salubristas que ahonden su autonomía, así como promovió estrategias falaces de información-educación-comunicación (IEC). Estos autores, al igual que Riquelme Pérez (2012), explicitan que la educación para la salud constituye una herramienta dentro de una perspectiva amplia de promoción de la salud, y que para que sea verdaderamente eficiente debe ayudar a pensar y a reconocerse en las circunstancias concretas de vida, más que recibir datos e instrucciones con las que no coinciden ni comprenden. Riquelme Pérez (2012), en su formulación de elementos metodológicos para trabajar en educación para la salud, establece como premisa las diferencias entre promoción y educación (para la salud). La idea de promoción de salud (PS) se elabora a partir de la Carta de Ottawa (1986) y es considerada la forma en que las personas consiguen los medios necesarios para ejercer un mejor control sobre los determinantes de salud, mejorando así sus posibilidades de estar sanos. En tanto, la educación para la salud es, por un lado, la acción de brindar recursos (simbólicos y materiales) para que la población desarrolle conocimientos y destrezas que le permitan cuidar su salud y, por el otro, es la capacitación y reflexión constantes con el fin de que los mismos sujetos identifiquen sus necesidades y elaboren propuestas que permitan cubrirlas o satisfacerlas.

Es importante indicar que, pese a las formulaciones actuales que basan la mayor parte de sus acciones de salud en la educación y la participación, como derivadas de la promoción, ésta no se encuentra asentada sólo en estas dimensiones, sino que requiere de otros factores para hacerse efectiva. Tal como Díaz Brito y otros (2012) enumeran a partir de lo expuesto en la Carta de Ottawa, los cinco puntos necesarios para la PS son: a) elaboración de políticas públicas saludables; b) creación de ambientes favorables; c) reforzar la acción comunitaria; d) desarrollar aptitudes

³ Desde esta parte del trabajo en adelante, es probable que el lector encuentre una excesiva repetición de la categoría “educación para la salud”. Pese a lo molesto que pueda resultar, muchas veces se ha preferido mantener esta definición —a pesar de su repetencia— para evitar confusiones.

personales; e) reorientar los servicios de salud. Cada uno de estos requisitos fue objeto, posteriormente, de encuentros internacionales donde fueron tratados en profundidad, pero es preciso señalar que la educación para la salud es una de las herramientas para promocionar la salud, mas no la única. Pensar en su predominancia es, por un lado, obtener plusvalía de la acción comunitaria y formar un recurso humano barato (los promotores de salud) que no cuenta con medios efectivos y materiales de transformación y, por el otro, dejar a un lado las propuestas críticas que, con argumentos tomados de la teoría y de la práctica, resaltan la impotencia de las medidas educativas en contextos de fallas infraestructurales que impiden el acceso al agua potable, al saneamiento urbano y a la erradicación de basurales a cielo abierto, por ejemplo (Gottero, 2012), así como la falta de registro de las posibilidades efectivas que tienen los pobladores de concretar los “consejos” de prevención, lo que es considerado por Briceño-León (1996) como las circunstancias, condiciones materiales reales, que permiten comprender “por qué una familia pobre sin servicio de agua potable debe guardar el líquido en recipientes que permiten los criaderos de *Aedes aegypti*” (Briceño-León, 1996: 8). Si estas diferencias, provenientes de la desigualdad socioeconómica y urbana, quedan desatendidas, la resistencia a la propuesta educativa —o promotora de la prevención— es el resultado más probable:

Las personas en las distintas zonas endémicas demuestran cansancio frente a las inspecciones domiciliarias, a consumo de pastillas, al uso de insecticidas, a la toma de muestras de sangre, en fin, a todo un conjunto de acciones que no se les consultan ni explican del todo (...) La resistencia de los seres humanos obliga a un cambio en los programas y en especial en la manera de entender la relación de las personas con el control de las enfermedades y los programas de control. (Briceño-León, 1996: 8)

Omitir estos datos contextuales fundamentales para una política de promoción y prevención constituye una premisa errada sobre la que frecuentemente se construyen las estrategias de información-educación-comunicación. Esta tríada se encuentra presente en la promoción para la salud, puesto que la información es la materia prima para concienciar sobre problemas o cuestiones pendientes en el estado de salud de la comunidad; en segundo lugar, la educación facilita el aprendizaje por medio de las experiencias personales y grupales, que conducen a la obtención de nuevos conocimientos; y en tercer lugar, la comunicación en salud comprende la elaboración de mensajes para la población, orientados a que ésta conozca y elija lo que sería mejor para evitar enfermedades (Díaz Brito y otros, 2012). No obstante, frente a la predominancia que, en este esquema, suele adoptar la información —hecho que propende a la mirada unilateral del experto frente a las propuestas de elaboración y decisión comunitarias—, señalan los autores que cualquier forma de educación para la salud netamente informativa está condenada al fracaso, puesto que no se construye sobre el conocimiento de la población con la que se trabajará, además de que no facilita la reflexión y el cambio autónomos.

Enlazando estas afirmaciones con el material que será analizado en la segunda parte del trabajo, es relevante señalar que la figura de los “agentes comunitarios” ha tomado una creciente fuerza en Argentina, como encargados de promover la salud en un sentido territorial y apelando a su conocimiento del área donde trabajan, puesto que antes de ser promotores fueron (y son aún) habitantes o vecinos del lugar donde ahora intentan inculcar nuevas prácticas de salud. En este sentido, en trabajos anteriores sobre promoción de salud y dengue he señalado que “la caracterización del agente comunitario adolece de una ambigüedad constitutiva: hecho a imagen y semejanza de un enviado estatal, debe hacer primar en sus actividades la ligazón con la comunidad y lograr que el aparato de Estado intervenga sólo con casos de enfermedad confirmados, no así en la prevención del día tras día, ni en la modificación de condiciones estructurales que promueven la reemergencia de enfermedades infecciosas en forma periódica” (Gottero, 2012: 65). En la medida en que pueden ser los cronistas de situación en el terreno mismo donde se desarrollan los problemas, los AC en salud poseen una creciente importancia no sólo para la población objetivo de las medidas de prevención, sino también para el Estado, en tanto la presencia de estos trabajadores constituye una forma de demostrar intervención estatal y, a la vez, una aparición regulada (a veces, postergada) de los equipos de salud que se encuentran involucrados en el tratamiento de las ETV.

Es de destacar que la misma educación/información que reciben los AC es la que luego ellos transmiten a la población; es decir, si bien no hay ningún recorte en los datos ni modificación alguna, los AC no son formados en el conocimiento profundizado de la problemática. Esto permitiría utilizar el saber operativo y técnico a la hora de hacer recomendaciones y marcar pautas de trabajo, pero siempre incluyendo a éste en un contexto socioeconómico e histórico dentro del que la existencia de la enfermedad y sus brotes periódicos encontrarían explicaciones ampliadas y enriquecidas. Por el contrario, se sugiere que los AC deben conocer generalidades de la enfermedad para poder trabajar con las poblaciones afectadas, y se fomenta así una comprensión focalizada de la problemática, que requiere de un saber técnico y puntual. La omisión del contexto socioeconómico se contrapone con una predominancia de las informaciones sobre entomología y características biológicas del mosquito —en el caso de la fiebre amarilla, también existe un extenso apartado sobre las características de los monos que también pueden ser contagiados—, a partir de los que se puede conocer el ciclo completo de reproducción del *Aedes aegypti* y sus modos de vida. La existencia urbana del mosquito no es asociada con las condiciones de vida poco favorables (con la existencia de basurales, saneamiento deficiente, etc.), sino con el modo de vida del hombre, dentro de los que se cuenta el motivo de migrar; en efecto, no sólo en la guía que se analiza en este trabajo, sino en todos los demás materiales educativos sobre el dengue, las migraciones se presentan como uno de los factores causales de los brotes periódicos de esta enfermedad. Es

decir, la migración no forma parte de un “estado de situación” sino que es una causa que, siguiendo la lógica preventiva, también debería tratarse.

En esta formación temática que reciben los AC, los conocimientos “duros” deberían compensarse o combinarse con lo que Merhy, Feuerwerker y Burg (2006) denominaron *tecnologías blandas* implicadas en la formación de recursos humanos en salud, las que según los autores “posibilitan al trabajador actuar sobre las realidades singulares de cada usuario en cada contexto”, entrenando la capacidad de generar vínculos emocionales y de cuidado. No obstante, a la definición propuesta, debería agregarse una instancia intermedia donde los AC —y los demás trabajadores de la salud, por supuesto— utilicen dichas tecnologías blandas en beneficio de una promoción de la salud que ahonde en cuestiones técnicas-médicas pero sin dejar a un lado las perspectivas sociales, históricas e incluso normativas que inciden en su escenario de acción. Porque no es correcto ni inocuo atribuir a la migración la incidencia de un brote de dengue sin contraponer, en la capacitación de los AC, la existencia de una ley migratoria que concede el derecho a la salud para las personas migrantes sin ningún requisito añadido. En este sentido, el desbalance que existe entre una consideración de la migración como (presunta) causa de un proceso negativo, y la ausencia de conocimiento y difusión sobre la normativa que reconoce a la migración como un derecho humano —no como un factor que influye en la existencia de dengue u otras enfermedades—, puede producir procesos estereotipantes, riesgosos y discriminatorios con severas consecuencias para la interacción social cotidiana. Esta situación de omisión, sumada a la atenuación del conocimiento de las condiciones socioeconómicas en las que el dengue puede llegar a tener mayor incidencia, contribuye a la construcción de una mirada sesgada y reduccionista sobre los procesos de salud-enfermedad-atención de patologías vectoriales como el dengue.

Siguiendo lo expuesto, no hay que olvidar que la educación para la salud que reciben los AC luego será transmitida —en nuevas propuestas educativas— a la población. Teniendo en cuenta las ausencias y los criterios de capacitación señalados, no es sorprendente que las estrategias de educación para la salud hacia los AC, y de éstos para la comunidad, se asimilen a una oferta informativa: la información sería, así, lo único que parece necesitarse para instrumentar medidas de prevención en la vida cotidiana, sin apelar a mecanismos de reflexión crítica y de transformación de los modos de vida.

2. Análisis documental

En esta segunda sección del artículo, se trabaja con una comparación puntual la articulación temática que fue objeto de la primera mitad del trabajo. En efecto, si bien las precisiones teóricas sobre la migración y la educación (para la salud)

son pertinentes y relevantes en sí mismas, como discusiones, resulta mucho más fructífero observar su puesta en práctica a través de materiales concretos donde la perspectiva criticada suele mostrar sus aristas más interesantes. Si bien el espectro de opciones de análisis es muy diverso y numeroso en sus elementos, en esta ocasión se han seleccionado dos elaboraciones del Ministerio de Salud argentino: una destinada a la población en general (folletos de comunicación sobre dengue) y otra cuyos destinatarios son aquellos que asesorarán a los habitantes de las regiones más afectadas por esta enfermedad (*Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor*, 2009, elaborada en forma conjunta con UNICEF). El objetivo de este análisis documental es, teniendo en cuenta la articulación entre migración y educación para la salud, visualizar la construcción del fenómeno migratorio (o la ausencia de su tratamiento), y la distinción entre migrante y viajero, pues de esta manera se puede pensar con qué contenidos se decide educar, cuando se educa, en materia de salud.

2.1. Materiales de comunicación para la población en general

Este conjunto de folletos y artículos de divulgación se encuentran publicados en el sitio web del Ministerio⁴, y en algunos casos —sobre todo la folletería— han circulado impresos por diversos centros de salud u otros lugares con intensa circulación de personas. Interesa comenzar por un texto que, escrito a manera de una nota periodística de magazine, intenta derrumbar los “10 mitos falsos sobre el dengue”⁵. En efecto, esta publicación se trata de un decálogo de aseveraciones incorrectas sobre el modo de prevenir la picadura del mosquito y la expansión del dengue. La mayoría de éstas se refiere a recetas caseras o rumores urbanos sobre ungüentos para repeler al insecto o sobre sus costumbres presuntamente diurnas. Sin embargo, el primer y el último mito abordan de manera directa las condiciones en las que el *Aedes aegypti* encuentra su modo de reproducirse y permanecer. En el primer caso, se refuta que el dengue sea una enfermedad de la pobreza: “Si bien determinadas condiciones como deficiencias en la red de agua potable y recolección de basura ponen en riesgo a los sectores sociales más humildes, el mosquito puede transmitir esta enfermedad a todas las personas por igual”. Resulta obvio que las picaduras no dependen de las condiciones socioeconómicas del agente transmisor (humano), pero el mosquito puede reproducirse en contextos donde las falencias socioeconómicas permiten la falta de un tendido de agua potable, mantienen la existencia de basurales a cielo abierto, y también hacen que las viviendas se encuentren en un estado de infraestructura deficiente.

El último mito señalado en la nota es el que niega la eficacia de la fumigación como único método de prevención: “La aplicación de insecticidas es una medida

⁴ <http://www.msal.gov.ar/dengue>

⁵ <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/info-ciudadanos/mitos-falsos>

que sólo elimina los mosquitos adultos. Como su poder residual es reducido siempre debe ser acompañada por la eliminación de todos los recipientes que acumulan agua en las casas y espacios públicos”. La focalización en el control vectorial y en el factor de acumulación de agua en el espacio doméstico desvía la mirada de los lugares urbanos, barriales, donde el agua está estancada sin intención de los habitantes, así como las razones por las que en las zonas más carenciadas se acumula agua: porque no hay agua potable en las casas. Luego, evitar la multiplicación del mosquito quitando los platos de las macetas o dando vuelta los baldes por supuesto que representa una medida deseable y necesaria, pero es la más sencilla de llevar a cabo con respecto a las otras formas, involuntarias pero imprescindibles, de juntar y estancar el agua.

Teniendo en cuenta las frecuentes referencias, en otros documentos, a la migración como un factor de incidencia de dengue —aunque la trayectoria migratoria sea renombrada, muchas veces, como “caso con antecedente de viaje”, borrando así la misma significatividad del acto de migrar—, en ninguno de estos mitos se intenta desactivar la asociación entre migrantes y contagio de dengue. Esto puede entenderse, por un lado, como una intención de no crear un problema donde explícitamente no se lo está enunciado, pero por otra parte, la construcción de la “enfermedad importada” está presente no sólo en la elaboración de los partes periódicos sobre dengue en Argentina, sino también en los mensajes de los medios de comunicación y en los contenidos con los que se capacitan los trabajadores de la salud y los promotores sociales. En este contexto, expresar la voluntad de deconstruir significados asociados de manera estereotipante podría ser un buen comienzo para trabajar el derecho a la salud de la población migrante en el país.

Luego, en el conjunto de materiales impresos que resumen medidas de prevención sobre dengue⁶, la folletería aborda tópicos diversos: cuáles son los síntomas, el modo de evitar la propagación del mosquito en el ámbito doméstico y, especialmente, una serie de folletos destinados a avisar al “viajero” sobre las señales más elocuentes de que pudo haberse contagiado esta enfermedad. En este trabajo, y tal como se señaló en líneas precedentes, se tratarán dos aspectos considerados pertinentes para la interrelación entre migración y educación para la salud; quiénes son los destinatarios a los que se pretende proteger o prevenir, y cómo la referencia al migrante es borrada y superpuesta por la idea de “viajero”.

6 Todos los materiales de comunicación se encuentran en el anexo con la numeración indicada en este artículo.

a. “Juntos contra el dengue”: ¿quiénes son los convocados para la acción?

ALERTA DENGUE

SI TENES FIEBRE y algunos de estos síntomas:

• FIEBRE
• DOLOR DE CABEZA
• DOLOR MUSCULAR
• DOLOR ARTICULAR
• ERUPCIÓN
• SANGRANOS

CONSULTA DE INMEDIATO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCA
No tomes aspirina o ibuprofeno

0-800-222-1002
www.msal.gov.ar/dengue

EL DENGUE es una enfermedad que se transmite a través de la picadura de un mosquito que se cría en aguas que acumulan agua en recipientes caseros y en sus alrededores.

NO DEJEMOS ENTRAR AL MOSQUITO

Mantengamos ordenados y desmontados platos y platos ✓
Temos las botellas y neumáticos ✓
Tapamos tarros y recipientes ✓
Colapsamos boca abajo baldes y pateras ✓
Cambiamos el agua de floreros y de bebederos de animales ✓
Eliminamos el agua de platos y portamanteles ✓

0-800-222-1002
www.msal.gov.ar/dengue

EN ESTA CASA NO DEJAMOS QUE ENTRE EL MOSQUITO

JUNTOS CONTRA EL DENGUE

0800.222.1002
www.msal.gov.ar/dengue

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

¿Qué es el dengue?

Es una enfermedad viral que se transmite solamente a través de la picadura del mosquito *Aedes aegypti*. No se transmite de una persona a otra ni a través de objetos o leche materna.

¿Cuáles son sus síntomas?

- Fiebre, que puede estar acompañada de dolor detrás de los ojos, de cabeza, muscular y de articulaciones.
- Nauseas y vómitos.
- Cambiamiento brusco.
- Mulchuras en la piel, picazón.
- Sangrado de nariz y encías.

Ante estos síntomas, acudir rápidamente al médico. NUNCA TOMES ASPIRINAS O IBUPROFENO.

El Dengue puede complicarse y ser grave.
Si ya no tienes fiebre pero aparece dolor abdominal intenso, vómitos, sangrado de encías, nariz, vagina, o hemorragias; acude urgente al centro de salud más cercano.

Para evitar las picaduras del mosquito:

- Coloca mosquiteros en ventanas y puertas de viviendas.
- Utiliza repelentes respetando las indicaciones de sus etiquetas.
- Usa ropa de colores claros, mangas y pantalones largos al estar al aire libre.
- Protégase con y cochicotes de bebés con mosquiteros tipo tul.
- Utiliza aspirales o tabletas repelentes.

RECORDAMOS...
Como no existen vacunas que prevengan el Dengue lo más importante es eliminar todos los criaderos de mosquitos.

Sin mosquito, no hay DENGUE.

0800.222.1002
www.msal.gov.ar/dengue

NO DEJEMOS ENTRAR AL MOSQUITO

JUNTOS CONTRA EL DENGUE

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Cualquier recipiente que acumule agua puede ser criadero del mosquito.

El mosquito *Aedes aegypti* se cría en nuestras casas, en botellas, floreros, tacho, baldes, pateras, bebederos de animales, tanques de agua y portamanteles.

También en objetos que acumulan agua en comederos, depósitos de neumáticos, chatarrerías, entre otros.

JUNTOS CONTRA EL DENGUE

10 MEDIDAS SIMPLES PARA NO DEJAR ENTRAR AL MOSQUITO

1 Mantener platos y pateras limpios y desmontados.	2 Tapar tanques y depósitos de agua.	3 Colocar boca abajo o tapar recipientes que se usan para guardar agua.
4 Hacer agua en parte superior para que aliente el agua de las plantas.	5 No tirar basura en calles y baldes.	6 Mantener siempre limpios desagües, canchales y rejillas.
7 Tapar latas, botellas y neumáticos.	8 Cambiar agua en floreros y bebederos de animales boca abajo y limpiarlos.	9 Limpiar con un mosquito en el desagüe, el tratamiento de recipientes y objetos que se usan para guardar agua.

SIN MOSQUITO, NO HAY DENGUE.

0800.222.1002
www.msal.gov.ar/dengue

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Estos materiales fueron difundidos desde el 2009, aproximadamente —no tienen fecha de publicación— y poseen una estética diferente de los folletos que se elaboraron en el 2012 y que se encuentran detallados en el inciso b. La tendencia predominante es la de ilustrar con fotografías a los destinatarios de la información, y acompañar estas imágenes con los consejos o recomendaciones sobre prevención⁷.

⁷ Estos materiales fueron publicados en el sitio del Ministerio de Salud argentino hasta el 2012, pero ahora fueron reemplazados por los folletos ilustrados que se muestran en el inciso b. Por esa razón, no se puede adjuntar un link para buscar esos ejemplos en la web.

En el caso de los materiales publicados desde el 2012, éstos tienen ilustraciones —no fotografías— y presentan un estilo más dinámico y humorístico, en el que no están exentas las elecciones de perfil de destinatario ni de construcción de poblaciones a las que habría que cuidar.

En esta primera “generación” de folletos sobre dengue, es llamativo observar las personas que simbolizan al posible paciente con síntomas de dengue. Tal como puede observarse en el afiche sobre síntomas de dengue (I), y apelando al dolor intenso que sufren las personas que se contagian esta enfermedad —que por eso es llamada, coloquialmente, “fiebre rompeshuesos”—, se muestra a un hombre en mangas de camisa, sentado a una mesa, que se toma las sienes con expresión dolorida. Se interpela al destinatario utilizando el voceo, como si se tratara de un par argentino, y su estilo es muy parecido al de un oficinista clásico. Asimismo, aparece uno de los lemas o *slogans* de la campaña contra el dengue en Argentina: “Juntos contra el dengue”; toda apelación a un nosotros inclusivo remite, como contrapartida, a aquellos que no están incluidos en esta referencia. Es decir, el nosotros incluye pero, para hacerlo, también tiene que excluir, con el fin de identificar claramente a quiénes llama para trabajar o estar en compañía. Frente a esto, cabe preguntarse: ¿quiénes deben estar juntos, es decir, quiénes son convocados a unirse? ¿Cómo (y quién) es la persona que debe protegerse, a la que el Estado pretende informar para que se cuide de esta enfermedad? Es preciso indicar que en esta serie de folletería no se muestra a una persona que tuviera un estilo distinto al del “oficinista” —podrían caracterizar a un obrero, a una maestra, a un chofer de transportes, etc. —, sino que en un segundo afiche sobre síntomas se exhibe a una mujer de mediana edad, también vestida con un traje sastre y camisa, que se agarra la cabeza con expresión de profundo dolor. Esto pretendería confirmar lo expuesto en uno de los mitos refutados sobre dengue: que esta enfermedad no es propia de la pobreza y que puede contagiarse a todos por igual. No obstante, la caracterización que enfoca un segmento laboral en el que la imagen de la migración y/o de los sectores populares no encuentra, en principio, un lugar destacado, ofrece más desvíos que certezas.

El nosotros inclusivo (y excluyente) se utiliza por tercera vez en el afiche “No dejemos entrar al mosquito”, frase que constituye, además, el segundo lema de la campaña. Este material gráfico se orienta a la explicación de cómo prevenir la reproducción del mosquito en el espacio doméstico: así, se explicita que el *Aedes aegypti* “se cría en objetos que acumulan agua en nuestra casa y en sus alrededores”. Por esa razón, se enumeran las medidas que, en el ámbito privado, deben llevarse adelante: desmalezar el jardín, dar vuelta los recipientes, tapar tanques y depósitos, desechar neumáticos viejos, latas y botellas, cambiar el agua de floreros y de los bebederos de animales, y eliminar el agua de los platos para macetas. El hogar pensado a través del texto de este afiche no parece mostrar falencias que sus habitantes no puedan evitar; es decir, no se encontraría afectado por carencias socioeconómicas,

y estaría cubierto en cuanto a los servicios de recolección de residuos y tendido de agua potable. Sin embargo, aquí sí habría un esbozo de representación multiétnica, aunque ésta no se desplaza al eje regional sino que mantiene la lógica de lo nacional (argentino), aunque se muestre diverso: en este afiche se muestra una imagen de un puzzle de cuatro piezas que une a personas de diferentes edades, ocupaciones y, presuntamente, fenotipos, tal como muestra una de las fotos en la que una chica blanca posa junto a un muchacho con rasgos propios del Norte argentino o de la zona andina.

b. Los viajeros, objetivos de prevención

Aquí se critica la noción de “viajero” para caracterizar a aquellos sujetos, nacionales o extranjeros, que circulan por el territorio y que pueden estar expuestos al contagio de dengue. Esta oposición al uso de la categoría se encuentra fundamentada en el hecho de que los documentos sobre dengue, elaborados por el Ministerio de Salud argentino, no tienen inconvenientes en mencionar a la migración como uno de los factores que inciden en la prevalencia de dengue; es de suponer, entonces, que este fenómeno se encuentra en su horizonte conceptual y deciden, de vez en cuando, abordarlo o trabajar con éste. Sin embargo, cuando se hace más necesaria la mención del migrante como persona que, en su trayectoria o desplazamiento, se encuentra con el peligro de contraer esta enfermedad, la figura del que migra trasmuta en la del que viaja; y, como si esto fuera poco —pues borrar el acto de migrar supone eludir una tendencia mundial e histórica—, el “viajero” considerado en los materiales de comunicación se parece muy poco al migrante limítrofe que conforma el grueso del volumen migratorio hacia Argentina. Iniciemos esta parte del análisis con la observación de los cuatro folletos para viajeros que se encuentran publicados en el sitio web de este organismo público⁸:

Es de destacar que la noción de “viajero” no es una elección argentina, sino un término empleado y promovido por el Reglamento Sanitario Internacional (2005), que subsume en su sentido a los migrantes y a las personas que circulan en zona de frontera. Sin embargo, a nadie le es ajena la consideración de que las intenciones y las características de los viajeros, incluso en el plano socioeconómico, suelen diferir de los otros dos grupos de personas que se encuentran en tránsito (migrantes y “circulantes”).

Los afiches incluidos aquí pertenecen al 2009 —el que presenta una fotografía— y al 2012-2013 —los que son ilustrados. En el folleto más viejo —el de la fotografía—, se muestra a un clásico mochilero, de piel blanca y vestido con prendas de moda, así como usando las típicas zapatillas de viaje preparadas para las travesías, que

⁸ <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/recursos-de-comunicacion/graficos>

cuestan mucho dinero y no son utilizadas por los migrantes de menores recursos. El destinatario parece ser un joven de clase media o media alta de Latinoamérica o de Europa, pero siempre de piel blanca. Se lo trata de “usted”, por lo que se instaura una cierta distancia, y al referirse a la sala de primeros auxilios se la menciona como “servicio médico local”, una acepción no empleada en el lenguaje cotidiano. La información es precisa: “Si se encuentra de viaje y presenta fiebre alta (38° C o más)”; “Si durante las dos semanas posteriores al viaje presenta síntomas de dengue, concorra al médico inmediatamente”. Se muestra también el logo de la campaña: un sello en rojo que dice “Juntos contra el dengue”.



En los afiches ilustrados, la caracterización del viajero blanco se repite en todos los materiales: en algunos casos parecerían ser argentinos que emprenden un viaje (afiche de la familia en auto) y, en otros, recién llegados a bordo de transportes más costosos (afiche con la mujer rubia bajando de un avión). Tal vez por la diversidad que no deja lugar a la equivocación, en estas cinco posibilidades de caracterizar

al migrante limítrofe como uno de los sujetos pasibles de atención y de cuidado, el resultado de la búsqueda ha dado cero: no sólo se vuelven a exhibir (ilustrados) mochileros de piel blanca y disfrutando del sol, sino que hasta existen turistas algo distraídos o desorientados que necesitan ser informados para no estar en peligro, además de que indican su procedencia nacional o su último lugar de paso con una calcomanía pegada en su equipaje, que muestra a la bandera francesa y a la Torre Eiffel. La utilización de valijas pequeñas, de vacaciones, y la ilustración del avión como medio de transporte del viajero, así como el dibujo de la familia sonriente a bordo del auto, no dejan lugar a una referencia a la población limítrofe que, bien lejos de los aviones y de las mochilas para acampar, emprenden un viaje a Argentina con miras a establecerse y forjarse una historia de este lado de la frontera. Y si quedaba alguna duda a partir de los recursos gráficos, el texto incorporado en estos folletos confirma cualquier suposición: las opciones bilingües ofrecidas por el Ministerio de Salud esquivan grácilmente la traducción al guaraní o al aymara, y abogan por una comunicación en inglés, clásica y bien definitoria de las poblaciones extranjeras a las que se pretende acoger en los servicios de salud.

2.2. Formación específica para el agente comunitario como promotor social de la prevención

En el año 2009, desde dos dependencias del Ministerio de Salud (Dirección de Recursos Humanos y Dirección de Epidemiología) fueron difundidos dos documentos de capacitación para agentes comunitarios en salud, con el fin de que trabajasen en el marco de la campaña contra el dengue. De esta manera, ambos materiales coadyuvaron a la construcción de la figura del agente comunitario, ya tratada en sus rasgos principales en la primera parte de este trabajo; sin embargo, su perspectiva no está unificada, por lo menos en lo que respecta al fenómeno migratorio, pues mientras en la Guía *Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor* (en adelante, “guía para el promotor”), elaborada por UNICEF y el Ministerio de Salud argentino —y difundida a través de la Dirección de Epidemiología—, la mención a los migrantes se encuentra ausente, en los módulos de capacitación sobre dengue y fiebre amarilla elaborados por la Dirección de Recursos Humanos del mismo Ministerio, se presenta una utilización muy significativa de las trayectorias migratorias, tal como veremos a continuación.

a. Guía para el promotor: el agente de la participación

En este material educativo⁹, la articulación entre migración y educación para la salud, en términos de informar (y formar) sobre derecho a la salud para la población

⁹ Todo el inciso a) de la sección 2.2, salvo aclaración, estará referida a la Guía Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor (2009).

migrante, manifiesta una clara ausencia. La labor social y comunitaria que se intenta inculcar al promotor no incluye, entonces, un conocimiento aunque sea general del contexto social y normativo que puede influir en el diagnóstico de las poblaciones afectadas.

Este documento es una guía de información y recomendaciones para los promotores voluntarios que participan de las campañas de prevención del dengue en Argentina. Perfil a un destinatario joven, perteneciente al área geográfica donde realiza su trabajo, que considera su labor más como un voluntariado o una militancia que como una tarea (remunerada). En ese sentido, el promotor representa una versión óptima del ciudadano con participación social: en ningún punto del texto se afirma que lo que realiza es un trabajo, sino que se trata de un quehacer cotidiano —muy complejo y que demanda mucho tiempo— por el que esta persona se hace necesaria a partir de su colaboración: “Tu participación es muy importante”, aclara desde sus primeras páginas esta Guía, borrando así las connotaciones laborales de las instrucciones que el material se dedica a desarrollar. Participar es, en primer lugar, una forma para alcanzar la cohesión social: “La participación de los miembros de una comunidad en las tareas de control del mosquito y en la toma de decisiones promueve mayor compromiso e integración entre las personas”. Luego, también es una herramienta importante para la movilización orientada al cambio conductual, y en este sentido la apelación a la voluntad es constante, mientras que las consideraciones sobre situaciones de vida y condiciones socioeconómicas se encuentra ausente: “Para poder participar, es necesario tener acceso a la información, tener la posibilidad de opinar en función de nuestras experiencias y vivencias, poder involucrarnos en la toma de decisiones”. La labor del promotor comunitario es muy extensa y compleja, y muchos de sus objetivos son los que se encuentran en la base de las aspiraciones estatales: “Promover la construcción de la ciudadanía a partir de la promoción del ejercicio pleno de los derechos humanos y sociales”. Es interesante pensar aquí el recorte semántico que se opera sobre el término ciudadanía, teniendo en cuenta las apelaciones constantes al nosotros inclusivo (y excluyente), a la vez que su empleo connota a la población interpelada con los rasgos de lo nacional (argentino), sobre todo teniendo en cuenta las omisiones sobre fenómeno migratorio y derecho a la salud para los migrantes.

Al igual que en otros documentos oficiales, la base de las recomendaciones están puestas en la información como sinonimia de educación, y en la participación social, independientemente del contexto. Si bien estas medidas son necesarias para que la población tenga conocimiento de los modos de transmisión y de evitación de esta enfermedad, no está incluido en este tipo de documentos el reconocimiento de que ciertas condiciones de vida influyen más que otras en la prevalencia de este virus.

En el plano de la educación, la escuela es el principal objetivo marcado por la Guía, porque su población es joven o niña —por lo tanto, más permeable a los

cambios—, y porque es la oportunidad de inculcar nuevas conductas y costumbres que luego se trasladen a los hogares. No obstante, la difusión de mensajes entre un público adulto también existe, aunque se advierte que hay “barreras o resistencias al cambio debido a preconcepciones y hábitos de vida que son difíciles de modificar”. Nada se aclara sobre condiciones socioeconómicas o de infraestructura que inciden en la prevalencia de estas enfermedades.

En el nivel de la participación social, este documento identifica varios niveles, desde el clásico y pasivo hasta el más activo y deseable; es decir, desde la “participación en los beneficios de una propuesta” hasta la “participación en la planificación de las propuestas”. En cuanto a la planificación, ésta comprende un diagnóstico somero que establece un análisis colectivo de la situación y “las posibilidades existentes” de cambiarla. De este modo, la verdadera pregunta por las condiciones de vida se aplaza (no es una posibilidad existente) y se vuelve a apelar a la participación y a la movilización para subsanar, paliar, factores estructurales de incidencia de dengue y fiebre amarilla. Aunando ambas dimensiones, el diagnóstico final, en lugar de ayudar a la detección de núcleos problemáticos que deben modificarse —relativos a los modos de vida—, colabora como un distribuidor de responsabilidades entre los actores interesados. En cambio, las transformaciones estructurales son entendidas como algo más difícil de conseguir y que no atañe directamente a los vecinos:

Las acciones que se pueden hacer para controlar y prevenir el dengue en la comunidad son múltiples, y algunas implican transformaciones estructurales, como por ejemplo el establecimiento de un servicio adecuado de provisión de agua potable. Este tipo de acciones, que logran modificaciones permanentes en el hábitat de los mosquitos, demandan tiempo, recursos y el involucramiento de muchos más actores sociales que los vecinos. (:44)

Al llegar a este punto del trabajo, cabe preguntarse en qué parte del análisis ingresan las consideraciones sobre frontera y migraciones, y por qué este tema se enlazaría con los aspectos ya señalados sobre las características de la educación para la salud, las interpelaciones a la participación social, las omisiones de las variables socioeconómicas, etc. Pues bien: la misma información técnica y operativa con la que los AC son capacitados produce un efecto ambiguo en la inclusión de fenómenos consuetudinarios como la migración en las zonas más afectadas por las ETV mencionadas. Lo que se quiere decir con esto es que el tránsito fronterizo y la decisión de migrar no se encuentran tematizados en estos materiales como parte del contexto donde esta problemática de salud se despliega y, cuando aparecen, se construyen como una causa más, en el mismo nivel de la falta de saneamiento o de las viviendas precarias, tal como se verá en la siguiente y última parte del análisis.

b. Módulos de capacitación¹⁰: lecciones sobre el riesgo limítrofe

Adelantando parte de las conclusiones, lo que intenta esbozar en esta anteúltima parte del artículo es que las migraciones y la circulación en zona de frontera no pueden ser una causa asociada con la prevalencia de las enfermedades vectoriales como el dengue, sino que deben ser consideradas una dimensión no causal, sino situacional, del escenario donde se desarrolla el problema. Ubicar a la decisión de migrar en el plano de las causalidades contribuye a su estigmatización y a la atribución de responsabilidades “nacionales” en el marco de una situación que debería ser trabajada en un nivel regional¹¹.

Tal como ha sido descrito al inicio de este trabajo, la ley migratoria vigente en Argentina (N° 25871/2004) reconoce el derecho a la salud para las personas migrantes, a diferencia de su norma antecesora (N° 22439), que presentaba una lógica represiva y persecutoria de la migración. Siguiendo estas modificaciones en la legislación, es de esperar que también cambien ciertos parámetros con los que se elaboran las políticas públicas, sobre todo en el área social, puesto que la mirada inclusiva sobre las migraciones requiere, para su puesta en práctica, que las formulaciones en salud, educación, etc., también adopten esta perspectiva de reconocimiento de derechos. En materia de epidemiología y ETV, esta transformación se vuelve sumamente importante teniendo en cuenta el carácter vectorial del dengue y de la fiebre amarilla, las que se expanden en una región que —más allá de los límites políticos del territorio— comparte similitudes geográficas, ambientales y socioeconómicas. De allí que pensar a las transformaciones suscitadas a través de la normativa migratoria podrían derivar en la interpretación de Novick (2010), que caracteriza al actual contexto sociohistórico como de puesta en cuestión del sentido dado a la soberanía y al territorio nacional.

En este sentido —y siguiendo la perspectiva de análisis desarrollada en b.1—, la posesión de conocimientos técnicos y de información operativa por parte de los agentes comunitarios, así como su transmisión a la población sin otro soporte de contenidos socioeconómicos, obstaculizan el conocimiento profundo de la situación y el análisis de las condiciones socioeconómicas y de desigualdad que contribuyen a la reaparición de brotes de enfermedades vectoriales en las áreas de mayor incidencia. La utilización de datos técnicos y puntuales para referirse a las migraciones, cuando éstas aparecen en escena, coadyuva al conocimiento focalizado y lineal de este fenómeno, como también avanza en el discurso que responsabiliza a las poblaciones que se encuentran al otro lado de la frontera. A diferencia de la guía

10 Salvo aclaración, todo el análisis desarrollado en el inciso b) de la sección 2.2, corresponde a los dos módulos de *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo I: Dengue, Módulo II: Fiebre amarilla* (2009).

11 Una versión ampliada del análisis de estos módulos de capacitación puede encontrarse en Gottero (2012)

para el promotor de prevención sobre dengue (ver inciso a de la sección 2.2), en este material educativo destinado a la capacitación de agentes en salud, se encuentran no pocos ejemplos en el módulo de capacitación sobre fiebre amarilla. En primer lugar, y abordando la cronología de esta enfermedad, la región fronteriza se encuentra directamente problematizada:

A fines de 1870 comenzó el brote de ‘vómito negro’ en la ciudad de Asunción del Paraguay. Corrientes era un importante contacto de comunicación y abastecimiento, lo que implicaba un continuo movimiento mercantil e intereses económicos relacionados con estos abastecimientos. De manera que rápidamente también estalló en esa ciudad el brote por esa enfermedad, por negligencia grave de sus autoridades que de algún modo privilegiaron esas operaciones mercantiles a la seguridad de la población¹².

El dato casi exclusivo sobre la historia de la fiebre amarilla, en este cuadernillo, localiza el inicio del primer brote registrado en Paraguay, a la vez que establece como zonas de máximo riesgo a las provincias fronterizas con este país y con Brasil. Lo mismo se explicita en el módulo sobre dengue, sin que se tenga en cuenta que esos distritos provinciales no delimitan el borde más allá del que se encuentran estas enfermedades vectoriales como amenaza para la salud, ni son espacios “libres de mosquitos” que sólo se ven afectados por intromisión de brotes foráneos. Muy por el contrario, estas zonas —construidas histórica y políticamente como límites— están en verdad inmersas en una región más amplia de incidencia de esta problemática y que, en el marco de un trabajo conjunto, éste no debería reconocer ni estigmatizar fronteras. En efecto, la difusión del *Aedes aegypti* no está dada por límites geográficos, sino por condiciones de vida que, a un lado y a otro de la frontera, tienen similitudes que promueven la permanencia de estas enfermedades.

La caracterización de la zona fronteriza como un área con características especiales, no exclusivamente nacionales, ha sido realizada entre otros por Fantín: “El concepto de frontera implica, en primer lugar, reconocer que sólo es posible percibir la frontera en la medida que los espacios situados a ambos lados del límite tengan una base demográfica y que además exista una real red de relaciones entre las poblaciones ubicadas a ambos lados del límite internacional” (Fantín, 2009: 150). Para la autora, la existencia de frontera denota asimismo que este espacio esté ocupado por grupos sociales; si no, se trata de un límite territorial del Estado que no se encuentra incluido en los planeamientos de políticas sociales. Es en este mismo sentido que la idea de frontera se encuentra trabajada en los materiales analizados:

¹² Este párrafo no fue redactado especialmente para el material, sino que fue tomado de una página web donde se realizó una entrevista al Dr. Daniel Eduardo Merino, quien a su vez toma las palabras de otro autor, Ángel Yankilevich, para historizar de tal modo a la fiebre amarilla. Resulta muy significativo que se recurra a semejante cadena de autores para describir la historia de esta enfermedad y que, del fragmento extraído, la mitad condense una serie de sentidos sobre la frontera, la comunicación limítrofe, y un origen pretendidamente extranjero de la enfermedad.

como zonas habitadas donde las poblaciones pueden ser potencialmente afectadas o, por el contrario, ya conviven con la enfermedad en expansión. Así, el abordaje de las zonas de riesgo (predominantemente las provincias argentinas fronterizas del noroeste: Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones, y también Salta) es similar en ambos módulos. Sin embargo, en el que aborda la fiebre amarilla se aclara: “En Argentina, se consideran zonas de riesgo para enfermar de fiebre amarilla a todos aquellos departamentos que sean limítrofes con los países de Brasil, Bolivia y Paraguay”, mientras que en el material sobre dengue se comenta: “En nuestro país el comportamiento del dengue es epidémico: está restringido a los meses de mayor temperatura (noviembre a mayo) y en estrecha relación con la ocurrencia de brotes en los países limítrofes”. La variable nacional (argentina) y territorial siempre está presente en la caracterización de los brotes de estas enfermedades, pero en ningún caso se hace referencia a los rasgos regionales de esta problemática ni se hace una reflexión sobre la posible necesidad de abordar de manera conjunta, entre varios países, esta situación.

Esta mención restringida del área fronteriza, en términos nacionales pero no regionales, se combina con una referencia ambigua del fenómeno migratorio, el que suele “funcionar” para aportar causalidades y explicaciones, pero no para analizar el contexto de emergencia de estas enfermedades vectoriales de un modo diverso y profundizado. Así es como “las migraciones” están mencionadas en ambos módulos como factores influyentes de los brotes epidémicos, en la misma línea que la urbanización no planificada, la falta de manejo de residuos ambientales y los “recursos insuficientes”, tal como se enumera en el material sobre dengue. Sin embargo, sí puede rastrearse una parte de este texto de capacitación en el que la migración cuenta con un lugar destacado: las actividades pautadas en el módulo de fiebre amarilla. Debido al énfasis puesto en la influencia de la frontera y de la cercanía con Paraguay, hay un ejercicio específico sobre el tema cuya consigna indica:

Ramón es un poblador que vive en Misiones, cerca de la frontera con Paraguay, tiene cuatro hijos [...] y vive con su esposa [...] y su suegra Marta que tiene 70 años. Por cuestiones laborales Ramón viaja frecuentemente al país vecino para hacer changas [...] Como agente comunitario, ¿qué recomendaciones sobre la prevención de la fiebre amarilla le haría a Ramón?

Es significativo que el único ejercicio de enseñanza-aprendizaje que incluye una dimensión socioeconómica (modo de trabajo de la población y lugar de residencia) incluye el tema de la circulación fronteriza y la comunicación con Paraguay desde una óptica de amenaza y de peligro. Ramón, el personaje del ejercicio, debe tomar medidas de precaución por su vida cotidiana y toda la explicitación dada sobre su tránsito hacia Paraguay omite cualquier otro dato sobre sus condiciones de vida, si se ha aplicado la vacuna antiamarílica o no, o cómo es la situación del barrio donde

reside. De manera complementaria, otra actividad en el mismo módulo solicita el análisis de la historia de la fiebre amarilla en relación con “los factores ambientales y socioeconómicos que pudieron agravar la epidemia de la época”. Teniendo en cuenta que el único dato socioeconómico brindado en el texto de lectura era el de la comunicación comercial y fronteriza entre Corrientes y Paraguay, resulta obvio que ésa sería la respuesta correcta para este enunciado.

Conclusiones

La ubicuidad de la educación para la salud en las planificaciones sanitarias obliga a discutir a éstas como un todo, en sus múltiples aspectos y connotaciones. En este sentido, la primera instancia de esta sección de conclusiones remite a los sentidos asociados con la educación para la salud: siempre se la considera como positiva y constructiva en sí misma, y aunque en sus cuestiones de forma esto pueda llegar a ser así, es preciso avanzar en el debate sobre sus contenidos y construcciones simbólicas, del mismo modo que se discuten los presupuestos de cualquier otra planificación de enseñanza-aprendizaje. Es en este sentido que se postula que la selección y la organización de ciertos materiales e informaciones pretendidamente educativas, sobre cuestiones de agenda sanitaria y pública, constituye un recorte semántico que no está dado, sino que parte de una decisión ideológica y política. Esta apreciación encuentra un ejemplo concreto en las políticas de capacitación para agentes comunitarios y en las campañas de comunicación para la población en general que se enmarcan en el plan general de prevención del dengue y la fiebre amarilla en Argentina, desde el año 2009, donde puede observarse una desconexión riesgosa entre lo postulado por la ley migratoria 25871 en cuanto al derecho a la salud para las poblaciones migrantes, y el desarrollo discursivo sobre prevención y promoción sanitarias en el área de epidemiología.

En el transcurso de este artículo, se ha intentado mostrar cómo el tratamiento temático de la migración oscila entre la plena ausencia y la asociación estigmatizante con la idea de “importación de enfermedades”, así como la atribución de una proveniencia limítrofe de brotes vectoriales regionales como el dengue y la fiebre amarilla. Este lazo de sentido puede trasladarse fácilmente, y afianzar en su construcción, a las connotaciones atribuidas a la frontera, como un territorio amenazante que hay que controlar en sus posibilidades de transgresión. El camino contrario a la puesta en escena, la omisión, conduce a una mecánica similar de exclusión: pues cuando la migración no se tematiza en forma explícita —con estas formas negativas que brinda la elaboración de un “escenario de situación”—, el resultado vuelve a distar de ser augurioso. Pues cuando se desactiva a la migración como un acto, como un fenómeno histórico y social que reúne a millones de personas en el mundo y a miles alrededor de un territorio fronterizo concurrido, lo que queda es el desdibujamiento de la figura

del migrante como representante individual y colectivo a la vez de una elección de vida y de una apuesta por el futuro.

Cuando la idea de migración se aparta del horizonte de sentido, es reemplazada por la del viaje, categoría que rompe con la significatividad comunitaria, compartida, del hecho de migrar, a la vez que se libera la autonomía para caracterizar a los viajeros: es mucho más difícil achacar contenidos discriminatorios a la imagen de un viajero que a la imagen de un migrante. Por eso, desde la configuración discursiva de lo que se entiende por “viajero” para los planificadores en salud argentinos, se puede establecer quiénes son los más deseables para recibir, quiénes son sujetos que merecen la protección y la prevención en materia de salud. Y esos sujetos individuales, nómades y aventureros, tienden a ser blancos, *cuasieuropeos*, bien equipados y, sobre todo, no limítrofes. Estos viajeros, aunque técnicamente sean migrantes por el hecho de ingresar a un país, no se consideran como tales y, por lo tanto, no se reconocen ni reclaman para sí el cumplimiento de derechos que constituyen una pelea de larga data para quienes sí tienen planes de residencia en Argentina o reúnen los rasgos arquetípicos del migrante (límitrofe o no).

La educación siempre es una oportunidad para aprovechar; sin embargo, resulta imprescindible preguntarse por las posibilidades que se abren al desarrollarla de un modo u otro. En el análisis que se ha presentado en el este artículo, se vislumbran esquemáticamente dos chances: a) la de mantener una continuidad del imaginario que asocia a los migrantes como peligrosos, no esperados, y a la migración como portadora de problemas añadidos; b) transformar la mirada para incorporar el derecho a la salud para las poblaciones migrantes, y los contenidos de la ley migratoria vigente, en pos de una revisión y actualización de las políticas públicas que, en muchos casos, no se han hecho eco de esta transformación normativa. Como un acertijo que guarda en su sintagma la resolución del misterio, es obvio que esta investigación se orienta en el sentido de la segunda opción, pero también tiene en cuenta que los procesos son lentos y sinuosos, mucho más de lo que se espera, y que los cambios globales pueden agotar su fuerza de expansión antes de llegar a situaciones concretas de aplicación¹³. De allí la propuesta de estudiar los materiales de educación y comunicación que efectivamente estarían en posesión de las poblaciones interesadas, pues aunque éstos surjan en uno de los últimos pasos en la formulación de políticas, constituyen instancias más que relevantes de implementación, dado que pueden aportar (o no) el necesario impulso de retorno para que los avances positivos se retroalimenten y avancen, así como dan cuenta del momento en que se precisan más que buenas intenciones para llevar a cabo un proceso de cambio.

13 Sin embargo, es preciso indicar que existen propuestas en materia de políticas de salud que van en ese sentido, y de las que las planificaciones epidemiológicas podrían tomar el ejemplo: es el caso de las campañas de salud sexual y reproductiva para mujeres migrantes, desarrolladas desde el año 2010 en Argentina.

Bibliografía

- Abel, L. y Caggiano, S.** (2006). "Enfermedades de Estado(s). Los inmigrantes y el acceso a la salud en una provincia de frontera". En Jelin, E. (Dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- Alonso, L. y Caballero Uribe, C.** (2010) "La educación para la salud, un reto actual". En *Salud Uninorte*, 26 (1).
- Alvarez Leguizamón, S.** (2008). "Focopolítica y gubernamentalidad neoliberal: las políticas sociales". En Bertolotto, M. y Lastra, M. (comps.) *Políticas públicas y pobreza en el escenario post 2002*. Buenos Aires: Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Bobbio, N.** (1998 [1985]) *Estado, gobierno y sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Bohoslavsky, E. y Soprano, G.** (2010) "Una evaluación y propuestas para el estudio del Estado en Argentina". En: Bohoslavsky, E. y Soprano, G. (Eds.) *Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. Buenos Aires: Prometeo/UNGS.
- Briceño-León, R.** (1996). "Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria". En *Cuadernos de Salud Pública*, 12(1).
- Caggiano, S.** (2008). "Racismo, fundamentalismo cultural y restricción de la ciudadanía: formas de regulación social frente a inmigrantes en la Argentina". En Novick, S. (comp.) *Las migraciones en América Latina: políticas, culturas y estrategias*. Buenos Aires: Catálogos/CLACSO.
- Chausovsky, G.** (2004). "Apuntes jurídicos sobre la nueva Ley de Migraciones". En Giustinani, R. (comp.) *Migración, un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.
- Devoto, F.** (2003) *Historia de la inmigración en Argentina*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Díaz Brito, Y.; Pérez Rivero, J.; Báez Pupo, F. y Conde Martín, M.** (2012). "Generalidades sobre promoción y educación para la salud". En *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3).
- Domenech, E.** (2009). "La visión estatal sobre las migraciones en la Argentina reciente. De la retórica de la exclusión a la retórica de la inclusión". En Domenech, E. (comp.) *Migración y política: el Estado interrogado*. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Espósito, R.** (2009) *Immunitas. Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Falappa, F. y Andrenacci, L.** (2009). *La política social de la Argentina democrática (1983-2008)*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento/ Biblioteca Nacional.

- Fantín, M.** (2009). “Disponibilidad y demanda de los servicios de salud en la frontera argentino-paraguaya”. En *II Taller “Paraguay como objeto de estudio de las Ciencias Sociales*. Asunción: Grupo de Estudios Sociales sobre Paraguay (GESP).
- Gottero, L.** (2012). “Enfermedades migrantes y pedagogía epidemiológica: agentes comunitarios, participación social y educación en salud”. En *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía*, 1(1). Disponible en: <http://revista.iohc-pt.org/index.php/es/revistas>.
- Halpern, G.** (2010) *Etnicidad, inmigración y política. Representaciones y cultura política de exiliados paraguayos en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo.
- Jelin, E.** (2006). “Introducción”. En Jelin, E. (Dir.) *Salud y migración regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: IDES.
- Mármora, L.** (2002). *Las políticas de migraciones internacionales*. Buenos Aires: OIM/Paidós.
- Merhy, E.; Feuerwerker, L. y Burg Ceccim, R.** (2006). “Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud”. En *Salud Colectiva* 2(2).
- Ministerio de Salud de la Nación** (s/f). *Materiales gráficos de comunicación sobre dengue*. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF** (2009). *Participación social en la prevención del dengue. Guía para el promotor*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud** (2009). *Curso de enfermedades vectoriales para agentes comunitarios en Ambiente y Salud. Módulo I: Dengue, Módulo II: Fiebre amarilla*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Novick, S.** (2004). “Una nueva ley para un nuevo modelo de desarrollo en un contexto de crisis y consenso”. En Giustinani, R. (comp.) *Migración, un derecho humano*. Buenos Aires: Prometeo.
- Novick, S.** (2010). “Introducción”. En Novick, S. (Dir.) *Migraciones y Mercosur: una relación inconclusa*. Buenos Aires: Catálogos/Universidad de Buenos Aires.
- Oszlak, O.** (1980). “Políticas Públicas y Regímenes Políticos”: En *Reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. Documento de Estudios CEDES*, 3(2).
- Oszlak, O.** (1985). *La formación del Estado argentino*. Buenos Aires: Editorial de Belgrano.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G.** (1976). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación, Documento CEDES / G. E. CLACSO*, N° 4.
- Penchaszadeh, A.** (2012). “Migraciones y derechos políticos: ¿democratización y extensión de la ciudadanía o nuevas formas de extranjerización en democracia?”.

En Novick, S. (Ed.) *Migración y políticas públicas: nuevos escenarios y desafíos*. Buenos Aires: Catálogos/Universidad de Buenos Aires.

Riquelme Pérez, M. (2012). “Metodología de educación para la salud”. En *Revista Pediatr. Aten. Primaria. Supl*, N° 21.

Soldano, D. y Andrenacci, L. (2006). “Aproximación a las teorías de la política social a partir del caso argentino”. En Andrenacci, L. (comp.) *Problemas de política social en la Argentina contemporánea*. Buenos Aires: Prometeo/UNGS.

Vilas, C. (2007). *Pensar el Estado*. Lanús: Ediciones de la UNLa.

Vilas, C. (2005). “¿Estado víctima o estado promotor? El debate sobre soberanía y autonomía en el capitalismo globalizado”. En Vilas, C. y otros. *Estado y política en la Argentina actual*. Buenos Aires: Prometeo/UNGS.