

DENGUE, POLÍTICAS PÚBLICAS Y REALIDAD SOCIOCULTURAL:

una aproximación al caso colombiano

ROBERTO SUÁREZ

PROFESOR ASOCIADO DEL DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
Y COORDINADOR DE MEDICINA SOCIAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA,

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ

rsuarez@uniandes.edu.co

CATALINA GONZÁLEZ URIBE Y JUAN MANUEL VIATELA,

INVESTIGADORES DEL GRUPO DE ANTROPOLOGÍA MÉDICA,

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, BOGOTÁ

Resumen

ESTE ARTÍCULO REFLEXIONA SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL CONTROL DEL DENGUE a partir del mundo de la vida cotidiana, desde una perspectiva crítica que busca debatir el desarrollo de las mismas frente a las percepciones que tiene la población sobre la enfermedad. El texto debate, a partir de un estudio de caso en Colombia, el encuentro de dos realidades sociales: el sector oficial en cabeza de las campañas de salud pública, y la población, que desde sus representaciones sociales sobre la enfermedad construye itinerarios terapéuticos para enfrentar la misma.

PALABRAS CLAVE: dengue, narrativas de la enfermedad, políticas públicas en salud, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfermedades tropicales.

Abstract

THIS ARTICLE CRITICALLY EXAMINES PUBLIC POLICIES AIMED AT CONTROLLING Dengue fever as they are perceived in daily life. It seeks to debate the development of these policies vis à vis the affected population's perception of the disease. Using a case study from Colombia, the text discusses the encounter between two social realities: the official sector heading public health campaigns, and those representations produced by a population that constructs alternate therapies to confront the disease.

KEY WORDS: Dengue, illness narratives, public health policies, promotion of health and prevention of disease, tropical diseases.

INTRODUCCIÓN

EL DENGUE HA SIDO POR MUCHO TIEMPO UNA ENFERMEDAD PRESENTE en la salud pública de las Américas y Colombia. Aun cuando periódicamente campañas de promoción y prevención intentan combatirlo para eliminarla, lo único que han conseguido es disminuir parcialmente los índices aédicos (Cochran, Ewald, Cochran, 2000; Desowitz, 1998; Gibbons, Vaughn, 2002; Gubler, 2002; Kendal et al., 1991). En este sentido, es un lugar privilegiado para el estudio de las acciones sociales que dan cuenta de un panorama cultural más amplio en el que confluyen significados individuales y colectivos en torno a la salud y la enfermedad como experiencias humanas de la vida diaria.

Desde cuando empezó a hablarse de dengue como categoría, se ve que es un término que usualmente se asocia a una gran variedad de síntomas, lo cual hace confuso saber qué fue y qué es la enfermedad para la población. A pesar de que la primera epidemia de una enfermedad que puede ser asimilada al dengue fue descrita como una fiebre quebranta huesos (*break bone fever*) en Filadelfia en 1780 por Benjamin Rush (Rigau-Pérez, 1998), no se ha determinado con claridad cómo se acuñó el término. De acuerdo con el *Oxford English Dictionary*, es posible hallar su origen en la frase suahili *Ka dinga pepo*, expresión que de acuerdo con el trabajo del doctor James Christie llegó, junto a la enfermedad, a las Indias occidentales británicas en 1827, originando la palabra dengue en Cuba y dandy en las Indias occidentales británicas (Simpson, Weiner, 1989).

De acuerdo con Rigau-Pérez (1998), la internacionalización del término dengue se da con la pandemia multiétnica y plurilingüística del Caribe en 1827 (Slosek, 1986), pero toma fuerza con la epidemia del valle del Missisipi en 1850, debido a la descripción de los síntomas y su arraigamiento en el quehacer cotidiano de la población (Ehrenkranz et al. 1971).

Actualmente, la enfermedad afecta a quienes viven en ambientes húmedos periurbanos, urbanos y rurales de las zonas tropicales y subtropicales, y cobra la vida de diez millones de víctimas al año (World Health Organization, 2001). En el planeta se estiman en cincuenta y un millones las infecciones cada año, en cien países del mundo, con riesgo para la vida de dos mil quinientos millones de personas (World Health Organization,

2000)¹. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) estas cifras evidencian un problema de salud pública que ha motivado la formulación, desde la década de 1950, de diferentes programas y políticas de prevención y control.

Esta enfermedad es transmitida por mosquitos, principalmente *Aedes aegypti* y *A. albopictus*, que se encuentran en zonas tropicales y subtropicales, por debajo de los 1.800 metros sobre el nivel del mar. En Colombia existen evidencias de *Aedes aegypti* desde el establecimiento de la navegación en el río Magdalena, a finales del siglo diecinueve (Morales, Olano, Ferro, 1998); sin embargo, los cambios ecológicos han implicado la variación en el proceso de adaptación ecológica del *Aedes albopictus* y *Aedes aegypti*; es decir, el paso de espacios "naturales" a espacios modernos hiperurbanizados en donde su ciclo de vida comienza en el agua estancada en charcas, almacenada para consumo y aseo humano y, en general, en cualquier sitio en donde se haya acumulado agua lluvia, como llantas, vasijas, botellas, jarros y tanques (Center for Disease Control, 1979a, 1979b; *Informe epidemiológico nacional*, 1998a, 1998b, 1998c, 1998d; Martínez, 1990; World Health Organization, 2001). Hoy en día, las cifras del país y del continente muestran la importancia cada vez más creciente del dengue en tanto problema de salud pública, por lo que deben implantarse acciones más acordes a la realidad de la enfermedad en cada región (Panamerican Health Organization, 2004a).

1. El texto de la WHO hace referencia a: "La prevalencia global del dengue ha crecido, dramáticamente, en las últimas décadas. El dengue y el DFH/DSS ocurren en más de cien países y territorios amenazando la salud de más de 2,5 miles de millones de personas en áreas urbanas, peri-urbanas y rurales de los trópicos y sub-trópicos" (traducción de los autores) (WHO, 2000: 5).

El dengue se agrupa dentro de las enfermedades tropicales consideradas infecciosas (Estrada, Craig, 1995). A lo largo de la historia, este tipo de enfermedades han devastado sociedades de manera radical, superando como causa de muerte a la guerra y a los desastres naturales. Así mismo, han provocado cambios socioculturales y obligado a la elaboración de estrategias políticas, económicas, educativas y sanitarias para responder a este tipo de flagelo (Gubler, Meltzer, 1999; Gubler, Clark, 1994; Halstead, 1988; Inhorn, Brown, 1990). Estas enfermedades pueden ser caracterizadas por su variedad y por una impresionante manera de reproducción y de transmisión, que hacen de ellas un campo complejo de estudio que ha sido objeto de la biología

(Haldane, 1949; Allison, 1954; Armelagos, Dewey, 1970, Estrada, Craig, 1995), de la ecología, que establece una relación entre ser humano y medio ambiente (Audy, 1971, 1974; Dubos, 1965, 1968; May, 1989; Wisseman, Sweet, 1961), y de aproximaciones socioculturales en las que se relaciona el comportamiento humano con la transmisión de la enfermedad basándose en la articulación entre lo macro y microsociológico, es decir, en el estudio de creencias y lógicas sociales (Dunn, 1979, 1983; MacCormack, 1985; Roundy, 1978; Service, 1993; Turshen, 1984).

La antropología médica, por su parte, desde el área de la antropología de las enfermedades infecciosas, definida de acuerdo con Brown (1981) como un área amplia que enfatiza sobre las interacciones entre las variables socioculturales, biológicas y ecológicas, plantea que la enfermedad es un hecho social que sobrepasa las definiciones monodisciplinarias y reduccionistas de los procesos de salud-enfermedad (Foster, Anderson, 1978). De esta manera, es posible afirmar que la gestión social del dengue es el resultado de la articulación de aspectos históricos, políticos e, incluso, biológicos, que se expresan en acciones sociales que deben cumplir con ideales nacionales y culturales (McSherry, 1993; Suárez, Forero, Olarte, 2003; Whiteford, 1997).

2. Este trabajo se basa en la investigación sobre aspectos socioculturales del dengue, desarrollada por el equipo de antropología médica de la Universidad de los Andes desde 2001 en la región sur oriental de Colombia.

3. Estudio cualitativo realizado en la ciudad de Villavicencio con personas de bajos y altos recursos. Se utilizaron tres métodos de recolección de información: 1) entrevistas semiestructuradas en profundidad con informantes claves (n= 10) y miembros de la comunidad seleccionados por bola de nieve (n= 20); 2) discusiones en grupos focales con informantes claves; y 3) observación social directa en periodos de tres semanas durante los primeros cuatro meses de 2001 y periodos de dos semanas en los primeros dos meses del segundo año (2002).

Por esta razón, el análisis que presentamos reflexiona sobre las políticas públicas del control del dengue a partir del mundo de la vida cotidiana, pero desde una perspectiva crítica que busca debatir el desarrollo de las mismas frente a las percepciones que tiene la población sobre la enfermedad². Sobre esta base, en este texto debatimos, a partir de un estudio de caso en Colombia³, el encuentro de dos realidades sociales: el sector oficial en cabeza de las campañas de salud pública, y la pobla-

ción, que desde sus representaciones sociales sobre la enfermedad construye itinerarios terapéuticos para enfrentar la misma.

HISTORIA DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS

LA LUCHA POR EL CONTROL Y LA ERRADICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES ha sido planteada en la modernidad como una guerra contra las mismas. Diferentes hipótesis, sueños y representaciones sociales de lo que éstas podían producir se materializaron en tácticas que se expresaron en el desarrollo de un método experimental que permitía conocer y probar los vectores transmisores de ciertas enfermedades. En este sentido, el descubrimiento de patógenos microscópicos se convirtió en una plataforma ideológica que abrió las puertas a la intervención en las condiciones sociales de la enfermedad. Así las cosas, Pasteur deviene un personaje mítico que, articulado al pensamiento salubrista influenciado por las teorías de Virchow, produjo una mirada global de lo que es una enfermedad y de cómo puede controlarse y erradicarse. Estos elementos, sumados al pensamiento militarista sirvieron, en el caso de las enfermedades tropicales de las Américas, como punto de partida para elaborar programas de prevención, control y erradicación, ejecutados primero por el ejército de Estados Unidos de América y financiados por fundaciones, como la Rockefeller Foundation, que lideraban el apoyo al proceso de desarrollo de los países necesitados de ayuda (Abel, 1995; Cueto, 1992; Gorgas, 1915; Peard, 1997). Teniendo en cuenta estos elementos, el trabajo de William Gorgas y Walter Reed se consolidó como el ejemplo de intervención en salud a seguir en los países latinoamericanos. Un trabajo en salud pública realizado desde una perspectiva que incluía control social, control biológico y un proceso educativo que buscaba desarrollar un cambio cultural, radical, de los estilos de vida de las poblaciones en las que se intervenía.

EL PLAN CONTINENTAL DE AMPLIACIÓN E INTENSIFICACIÓN DEL COMBATE AL *Aedes Aegypti*

ENTRE 1948 Y 1972, EL *Aedes Aegypti*, MOSQUITO VECTOR DEL DENGUE y de la fiebre amarilla, fue erradicado en veintiún países de las Américas (Rodríguez, 2002). Sin embargo, durante los años

siguientes, la falta de sostenimiento y el abandono de los programas de control y erradicación trajeron como consecuencia la reinfestación de la mayoría de los países de la región (Panamerican Health Organization, 1997). Esta situación convirtió a la enfermedad en un problema de salud pública, razón por la cual los ministros de Salud de los países del continente aprobaron en septiembre de 1996, durante la XXXIX reunión del consejo directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la resolución CD39.R11, que ordena la elaboración de un plan continental de ampliación del combate y erradicación del *Aedes aegypti* en las Américas (Panamerican Health Organization, 1997). El plan fue elaborado por un grupo técnico reunido en Caracas, durante abril de 1996, que basó su actividad, por una parte, en el estudio de los planes nacionales implementados en el continente, y, por otra, en el análisis de los factores de éxito de las campañas iniciales de erradicación así como de los que determinaron su fracaso y la consecuente reinfestación de la región (Panamerican Health Organization, 1997). El objetivo general del plan continental era el incremento de las acciones de combate al *Aedes aegypti* para alcanzar niveles de infestación cercanos a cero (Panamerican Health Organization, 1997). Para tal fin se establecieron como condiciones *sine qua non* el respaldo legal e institucional de los ministerios de salud nacionales, la eliminación de las condiciones socioambientales que favorecen la proliferación del vector, la participación comunitaria efectiva, la universalidad y sincronización en la aplicación local del plan y, por último, la integración y gestión intra e intersectoriales (Panamerican Health Organization, 1997). El plan establecía también una hoja de ruta hacia la erradicación y el control de la enfermedad, que constaba de seis etapas (Panamerican Health Organization, 1997):

1. *Eliminación de criaderos de Aedes aegypti*. Esta etapa incluía estrategias orientadas al saneamiento ambiental –almacenamiento de agua y de residuos sólidos–, la participación social, la modificación de conductas individuales, la comunicación y educación en salud y el control químico y biológico.
2. *Control de emergencias*. Hacía especial referencia al control, en caso de epidemia, del *Aedes aegypti* adulto mediante la utilización de compuestos químicos aplicados con maquinaria pesada o en visitas intradomiciliarias con equipos portátiles.

3. *Vigilancia entomológica.* Durante esta etapa se buscaba establecer índices de infestación o reinfestación de cada localidad, determinar la importancia de los diferentes tipos de recipientes en la producción de mosquitos y monitorear el nivel de susceptibilidad del *Aedes aegypti* a los insecticidas.
4. *Vigilancia epidemiológica.* Mediante esta estrategia se pretendía la detección a tiempo de la enfermedad para implementar las medidas de control y prevención de las epidemias. Se ponía en práctica a partir de la toma y análisis de muestras que proporcionaran información sobre la clase y distribución de los serotipos circulantes.
5. *Capacitación.* Hacía referencia a la necesidad de capacitar al personal involucrado en el desarrollo local del plan continental en el diagnóstico clínico de la enfermedad, saneamiento del medio ambiente, manejo de situaciones de emergencia y técnicas de promoción de participación comunitaria.
6. *Investigación.* Pretendía incentivar las investigaciones relacionadas con la identificación, clasificación y frecuencia estacional de los criaderos de mosquitos; la determinación de zonas geográficas y poblaciones de alto riesgo para la presencia de brotes de dengue; la dosificación adecuada en el tratamiento químico larvario; y las alternativas para el control biológico de larvas del vector.

En síntesis, el plan continental pretendía desarrollarse mediante una estrategia en la que se integraran y relacionaran recíprocamente lo nacional, en cabeza de un grupo técnico conformado por expertos en la materia, y lo local, representado por todos los actores sociales que tienen ver con la enfermedad, su reproducción, control y erradicación en una región determinada (Panamerican Health Organization, 1997).

LA NUEVA GENERACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL DENGUE EN LAS AMÉRICAS

A PESAR DE LA PROMULGACIÓN DEL PLAN CONTINENTAL EN 1997, LA XLIII reunión del consejo directivo de la OPS en 2001, mediante la resolución CD43.R4, reconoció la cifra cada vez mayor de casos de dengue y dengue hemorrágico en las Américas. Además, exhortó a los países miembros de la Organización a promover la coordinación intersectorial, apoyar medidas ambientales sostenibles en las áreas afectadas por la enfermedad, incorporar a la comunidad en los programas de control y erradicación del vector, prestar la asistencia necesaria a los enfermos dentro y fuera del sector sanitario formal, normalizar la notificación de casos en toda la región y examinar la función y el éxito de los insecticidas dentro de los programas de prevención y control de la enfermedad (Panamerican Health Organization, 2001a). Estas recomendaciones sirvieron como base para el desarrollo del documento CD43/12, que contenía el marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas. En términos generales, los lineamientos para la consolidación de estos nuevos programas se dirigieron a reconocer y enfrentar varias situaciones problemáticas (Panamerican Health Organization, 2001b):

1. *Heterogeneidad de las estrategias de prevención y control.* Se reconocía el hecho de que no era posible enfrentar el problema mediante una sola estrategia de control, prevención y erradicación. En consecuencia, en la formulación de programas debían tenerse en cuenta las variables geográficas, económicas, culturales, sociales y políticas de cada región afectada.
2. *Compromiso político.* Los gobiernos debían apoyar financiera e institucionalmente los programas de prevención y control en todos los niveles, desde la formulación de políticas públicas adecuadas y racionales hasta la educación e integración de las comunidades afectadas.
3. *Acciones intersectoriales propuestas.* Era prioritario integrar dentro de los programas de prevención y control tareas que exigían coordinación y ejecución intersectorial, como la

descentralización de los programas contra el dengue, la educación sanitaria formal, la legislación, la eliminación de residuos sólidos y el abastecimiento de agua potable.

4. *Rociamiento de insecticidas.* Se reconoció el mínimo éxito alcanzado por las estrategias de control químico, que no estaban integradas debidamente dentro de los planes y programas de control y erradicación. Se propuso, entonces, utilizar sensatamente esta estrategia o reducir su uso sin comprometer la integridad de los programas de control del dengue.
5. *Función de la participación comunitaria, la educación sanitaria y la comunicación social.* Se estableció como prioridad utilizar las herramientas de las ciencias sociales para dirigirse a las comunidades afectadas por la enfermedad. Esto incluía determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de la comunidad con respecto al dengue, así como los hábitos alimentarios y reproductivos de los mosquitos. Además, era imperante construir indicadores de la vigilancia de la modificación del comportamiento individual y colectivo para incorporarlos en los programas de control, junto a la vigilancia epidemiológica y entomológica.
6. *Notificación de casos.* La notificación de casos debía incluir casos clínicos –probables–, confirmados por el laboratorio, de dengue hemorrágico y de defunciones por dengue hemorrágico. En algunos casos, la falta de notificación de los casos clínicos modificaba la situación real y traía como consecuencia la implementación ineficaz de los programas de control y erradicación. Era necesario, entonces, establecer un sistema sólido de notificación de casos con el fin de establecer los serotipos circulantes y así promover medidas preventivas eficaces.

Además de la identificación de los anteriores puntos problemáticos, el marco para la nueva generación de programas estableció que éstos debían contar indefectiblemente con las siguientes características: apoyo político y financiero firme con coordinación intersectorial eficaz; actuación intersectorial coordinada en todos los niveles; control selectivo de vectores mediante un programa eficaz de comunicación social basado en la modificación del comportamiento y la participación de la comunidad; vigilancia activa del dengue fundada en un sistema de

información sanitaria, una modalidad de emergencia para actuar y estar preparado para los brotes y epidemias e investigación en materia de control de vectores (Panamerican Health Organization, 2001b).

Es necesario mencionar que en la actualidad la formulación de programas de prevención, control y erradicación del dengue se rige por dos lineamientos básicos: en primer lugar, la resolución CD44.R9, promulgada por la LV reunión del consejo directivo de la OPS en noviembre de 2003. En la misma se enfatiza la necesidad que tienen los países miembros de la Organización de considerar el dengue como un problema nacional de alta prioridad; además, se plantea la obligación de adoptar estrategias de gestión integradas que tengan como bases de acción la promoción de la salud, medidas ambientales sostenibles, la comunicación social dirigida a la modificación de conductas individuales, la cooperación fronteriza entre los países, la incorporación del dengue en los sistemas de vigilancia sindrómica de enfermedades febriles exantemáticas y la promoción de grupos técnicos que planifiquen, coordinen y evalúen los lineamientos planteados en los planes nacionales de prevención, control y erradicación de la enfermedad (Panamerican Health Organization, 2003)⁴. Además encontramos la estrategia Combi (Comunicación para el impacto conductual) dirigida, a partir del análisis de las estructuras sociales, a desarrollar un proceso educativo amplio, dirigido a modificar las conductas individuales y a rehabilitar a las personas (Parks, Lloyd, 2003).

4. A partir de las sugerencias establecidas en la resolución CD44.R9, la OPS ha desarrollado una estrategia de gestión integrada de prevención y control del dengue en Centroamérica y República Dominicana (Panamerican Health Organization, 2004b), mediante la cual se espera lograr un compromiso político para el desarrollo de la estrategia, un plan de comunicación y participación social adecuado a las características específicas del contexto geográfico y cultural, el control y/o erradicación de los criaderos del vector, un sistema de vigilancia integral –entomológica, epidemiológica, atención al paciente– y una red de laboratorios integrados con capacidad de generar información de calidad que sirva de soporte para la toma de decisiones y para la atención oportuna de los pacientes con dengue.

De manera simultánea a la actuación de la OPS, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha implementado el *Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases* (TDR), programa dirigido a mejorar y desarrollar instrumentos para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de enfermedades infecciosas en países del tercer mundo. Para tal fin, el TDR se propone identificar los problemas comunes en la implementación y acceso a los programas de prevención, control y

erradicación de las enfermedades, desarrollar soluciones prácticas a estos problemas y utilizarlas como base para la ejecución de nuevas estrategias que puedan ser introducidas en los sistemas locales de salud, de fácil acceso para la comunidad y de aplicación a gran escala (World Health Organization, 2002)⁵. Dentro de este marco general, el TDR ha identificado aspectos centrales para el desarrollo de programas de prevención, control y erradicación del dengue, dentro de los que se incluyen lineamientos investigativos dirigidos, por una parte, a afinar el diagnóstico, tratamiento, patogénesis, vacunación, control y vigilancia del vector, y, por otra, a establecer los parámetros necesarios para la intervención de la comunidad dentro de la formulación y ejecución de planes de prevención, control y erradicación de la enfermedad (Schneider, Droll, 2001; World Health Organization, 2002).

5. www.who.int/tdr/index.html

CONSTRUCCIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DENGUE: MEDICINA TROPICAL, EPIDEMIOLOGÍA Y ANTROPOLOGÍA MÉDICA

AS LÍNEAS DE ACCIÓN DE LOS PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS MENCIONADOS han sido concebidas a partir de dos aproximaciones disciplinarias: en primer lugar, desde la medicina tropical, el dengue ha sido relacionado causalmente con la pobreza y el trópico (World Health Organization, 2001), estableciendo frente a la enfermedad políticas intervencionistas que se aplican de la misma manera en diferentes regiones (Barbosa, 1998) y que intentan la modificación de la conducta individual. Por otra parte, la epidemiología ha dirigido su actividad investigativa hacia el establecimiento de asociaciones causales independientes entre el dengue y uno o más factores de riesgo (Barbosa, 1998). La construcción de estas asociaciones, basadas en una aproximación cuantitativa y en la asimilación del individuo con una unidad estadística independiente, se dirige entonces hacia el control y la erradicación de los factores de riesgo, sin dar mayor importancia a los valores sociales, las tradiciones y las creencias e intereses sociales, históricos y económicos (Niehoff, Schneider, 1993).

Un ejemplo de este tipo de aproximaciones puede verse en los *Boletines epidemiológicos semanales* producidos por el sistema de vigilancia de salud pública (Sivigila, 2002), en los que a partir de la elaboración de los índices aélicos y de la identificación clínica⁶ de la presencia de la enfermedad en un zona específica, se sugieren acciones intervencionistas que van desde el uso de toldillos para evitar las picaduras del *Aedes aegypti* hasta la utilización de insecticidas y controles químicos (Sivigila, 2002).

En general, es posible afirmar que las disciplinas que colaboran en el desarrollo de los programas para prevenir, controlar y erradicar el dengue hacen parte del paradigma biomédico con-

6. La identificación clínica "permite observar en la comunidad el comportamiento de enfermedades con características comunes con el dengue clásico y hemorrágico, mediante la revisión de los registros individuales de atención, historias clínicas y demás registros estadísticos" (Sivigila, 2002: 2).

vencional, el cual asume la existencia de una realidad externa al observador –la enfermedad–, cuyas propiedades se determinan por medio de mediciones, de manera que su conducta puede ser predicha a partir de inferencias causa-

les (Ospina, Gómez, 2001) y controlada por medio del conocimiento médico (Lafaille, 1993).

Sin embargo, las ciencias sociales también han dirigido su atención hacia el fenómeno de las enfermedades tropicales, estableciendo como líneas básicas de investigación la participación comunitaria en el control de las enfermedades, la relación entre el desarrollo económico y la transmisión de éstas, la evaluación socioeconómica de las intervenciones y el costo-eficacia de las medidas de control (Vlassof, 1993). En particular, la antropología médica, basándose en una aproximación cualitativa, ha concentrado su atención investigativa sobre la comprensión de las enfermedades tropicales como construcciones sociales (Briceño-León, 1999) en las que se interrelacionan las manifestaciones individuales de los patrones culturales de comportamiento frente a la enfermedad, los contextos específicos en los cuales se produce y transmite la misma y las respuestas locales a los programas de prevención y control de las enfermedades (Inhorn, Brown, 1990). Para tal fin se ha diseñado un marco investigativo en el que el problema de la enfermedad se analiza a partir de dimensiones situacionales –condiciones objetivas en las cuales se reproduce la enfermedad– y psicosociales –expectativas individuales sobre el control de ésta– ubicadas dentro de escalas de análisis macro y microsociales (Briceño-León, 1999).

En Colombia, diferentes instituciones e investigadores han buscado entender los factores socioculturales asociados al dengue. Entre ellas encontramos informes técnicos producidos por instituciones públicas, aun cuando se destaca el trabajo en la región sur occidental del país sobre los criaderos del vector en algunos barrios de la ciudad de Neiva (Benavides, Realpe, Fajardo, 1997). El trabajo de Suárez, Forero y Olarte (2003) describe los diferentes significados que adquiere el término dengue para los actores relacionados con la enfermedad en la ciudad de Villavicencio –enfermos, poblaciones en riesgo, promotores de salud–, vinculando estos significados a la historia de la enfermedad en Colombia y a las lógicas que sostienen los programas nacionales e internacionales de prevención, control y erradicación del dengue.

TRÓPICO, POBREZA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

EN LA IMAGEN DE MUNDO INSTITUCIONAL –OMS, OPS, ESTADO– LAS enfermedades tropicales son significadas, en buena parte gracias a la influencia estadounidense, como avatares típicos de las regiones más pobres de los países tercermundistas, que terminan por afectar y obstaculizar su ingreso adecuado a la modernidad. Los significados de pobreza, trópico y enfermedad tropical se inspiraban en el sentido proveniente de las instituciones de gran influencia en salud –OMS, Rockefeller, entre otras– y la persistencia de los mismos se explica como la hostilidad y renuencia propias de los naturales de esas zonas a incorporar en sus vidas hábitos saludables. Estas características hacen fracasar cualquier tipo de estrategia estatal o no gubernamental encaminada a la erradicación de las enfermedades infecciosas y dentro de ellas las enfermedades de transmisión por vector (ETV), como el dengue. En este sentido, la erradicación, lejos de depender exclusivamente de los buenos hábitos salubres de las personas, dependía de la intervención directa, guerrerista y represiva de las autoridades, es decir, de un ejercicio de ortopedia moral (Suárez, 1999; Suárez, 2000) que se logra mediante el esfuerzo épico de control y erradicación por parte de los funcionarios y elites de gobierno. La acción de erradicar el mosquito representaba en su imagen de mundo la oportunidad de ingresar

a la modernidad, más que la posibilidad de acabar con el dengue. Este último, un proceso que toma fuerza en las décadas de 1980 y 1990, con la integración de conceptos como educación y participación social en las poblaciones que una vez conscientes de su deber se pensaba asumirían sin mayor problema las recomendaciones de los expertos.

En estas nuevas estrategias, la pedagogía era significada como la herramienta que debía convencer a la población adulta de cambiar hábitos, y para ello debía valerse de un lenguaje sencillo y claro que calara fácilmente en la mente de los colombianos. Al ser educado, el adulto se entendía como un niño al que había que ayudar a alcanzar su mayoría de edad y, con ello, su autonomía. La sencillez de las cartillas, con información científica en un lenguaje especializado con una forma o puesta en escena pedagógica infantilizante, buscaba acompañar al adulto-ignorante en un proceso de aprendizaje que debería consagrarlo como un adulto digno exponente de la modernidad.

EL DENGUE Y SUS NARRATIVAS SOCIALES

Yo estoy mejor, pues ha sido el resfriado de moda, que llaman dengue, y desde ayer tengo algo de sangre, que es lo que me trae así incomodada, y en explicándome largo la garganta me duele

MARIA LUISA DE PARMA, 1801

COMO UN PROBLEMA BIOPSICOSOCIAL, EL DENGUE TOMA FORMA EN las narraciones individuales y colectivas que existen del mismo. Por lo general, las distintas maneras de entenderlo no concuerdan con la representación social de la enfermedad desde la visión científica. Uno de los significados que se le atribuyen comúnmente es el de sinónimo de un resfriado común.

El dengue es una gripa fuerte que llega con las lloviznas, eso no hay que pararle muchas bolas, si uno se siente con dengue, en la droguería le solucionan el problema, le aplican a uno una inyección y queda uno como nuevo (habitante de Villavicencio, entrevista, Villavicencio, 2001).

El dengue de primer grado se integra a la vida cotidiana de las personas sin mayores problemas, y la rutina para curarlo es similar a la que se sigue para cualquier resfriado. Lejos de clasificarse como una enfermedad que puede llegar a ser mortal, se le significa como algo que de ninguna manera amenaza el buen desempeño cotidiano ni se asocia a prácticas sociales equivocadas. Por esta razón, se llega a representar como una gripa que se inscribe cómodamente en la cotidianidad de un hogar y forma parte del *continuum* salud-enfermedad que se acostumbra para las dolencias de fácil manejo casero.

El dengue es algo normal, lo que pasa es que a unos les da más fuerte que a otros, y eso da por el clima y los inviernos y los zancudos (habitante de Villavicencio, entrevista, Villavicencio, 2001).

El dengue es un resfriado que se soluciona fácil, aplicamos *matrimonio* y listos (...) (droguista, Villavicencio, 2002).

Su aparición se explica por factores externos que de ninguna manera pueden ser controlados por las costumbres del día a día, y existen itinerarios terapéuticos para tratarlo: los remedios caseros, las inyecciones recetadas por los droguistas y, en última instancia, recurrir al médico, constituyen las fases normales de acción de las personas que asocian dengue con un resfriado común. Para que el dengue adquiriera un significado que lo acerque al definido institucionalmente es necesario que exista una experiencia de choque, que se define como una eventualidad social dramática que obliga a los actores sociales a cambiar las representaciones que tienen del mismo mediante el acercamiento a su significado científico.

Yo me enteré de lo que el dengue era cuando le dio a mis hijos, casi me mata al mayor, eso fue terrible, se adelgazó muchísimo y perdió harta sangre (habitante de Villavicencio, entrevista, Villavicencio, 2001).

En esta cita vemos cómo se rompe la unidad de sentido arraigada en el individuo sobre el término dengue. En otras palabras, para que los actores sociales vean en esta enfermedad un peligro que puede arrasar con la estabilidad de la cotidianidad es necesario que esta se vea perturbada, que otros usos del término hayan irrumpido y que con ello obliguen a una nueva significación

del dengue, que trae como consecuencia cambios efectivos en los comportamientos. Sin que exista motivo contundente para cambiar la forma de entender el término dengue, no puede pensarse en la modificación en los *habitus* que tienen raigambre en las verdades sobre las que los usuarios en salud construyen sus estrategias terapéuticas. De esta manera, podemos decir que una modificación en la manera de entender la enfermedad es una variación en la imagen de mundo de los agentes sociales y es una reconfiguración de sus sistemas de creencias. Las visitas domiciliarias por parte de los promotores de salud y los consejos de los médicos salubristas no representan ninguna experiencia de choque para la comunidad que las recibe. El lenguaje fatídico, los dibujos amenazadores, la vecindad con la muerte, la presentación del mosquito como un monstruo amenazador, un Godzilla tropical, presentado en muchos de los folletos oficiales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no entran en el juego de lenguaje de quien escucha. Para el actor social lo fatal de las narraciones no influye en su cotidianidad, sin importar cuán realistas sean las explicaciones que reciben. Videos o cartillas no poseen la capacidad de modificar conductas ni el poder de cambiar la manera de clasificar dengue aun en las poblaciones que presentan altos índices de precariedad social como en el caso de las personas desplazadas por un conflicto armado. En este horizonte, en el que los actores sociales se están habituando a nuevos espacios, la enfermedad se hace factor de riesgo, pero no a la manera científica, ya que se hace sinónimo de un posible nuevo desplazamiento, de un nuevo peregrinaje: "Es mejor morir de dengue que de balas" (habitante de Villavicencio, entrevista, Villavicencio, 2001).

Para otros sectores de la sociedad, las acciones oficiales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no tienen el impacto esperado; así, por ejemplo, el uso de toldillos como frontera infranqueable para el *Aedes* ha tenido poco éxito, así como el uso de peces en los tanques, el desecho de flores y plantas acuáticas. La razón de este tipo de comportamientos se encuentra en la necesidad que tienen los actores sociales de mantener y reproducir una puesta en escena social mediante la estética en el hogar y en lugares visibles de sus casas, ya que esto es sinónimo de un estatus social que asocia a quien la ostenta con buena clase, buen gusto y distinción social. Es decir, que para los individuos la puesta en escena de un tipo de estética

social basada en la exposición de objetos, que en muchos casos son criaderos ideales para las larvas, es acto comunicativo importante para manifestar un estatus social que denota abundancia, prosperidad y se aleja de las nociones de pobreza y precariedad social. El objeto en sí es un estatus-símbolo que cumple con la función de mostrar el bienestar social: floreros importados, materas que decoran los frentes de las casas y fuentes de patio interior indican la pertenencia a un estrato social privilegiado, pero, al mismo tiempo permiten distanciarse de la asociación de ciertos estilos de vida, particularmente de los estratos bajos, con las enfermedades de la pobreza que es como, usualmente, se representa el dengue. Sin embargo, esta enfermedad atraviesa todos los estratos sociales, rebatiendo la representación biomédica del dengue basada en la asociación entre trópico y pobreza.

COMENTARIO FINAL: ¿ES POSIBLE TRADUCIR EL DENGUE PARA DESARROLLAR NUEVAS POLÍTICAS PÚBLICAS?

LAS PREGUNTAS QUE SIEMPRE SURGEN EN EL MOMENTO DE ANALIZAR las condiciones sociales de la enfermedad son: ¿es posible hacer campañas de control y prevención de otra manera? ¿Es posible tomar distancia de los modelos de promoción y prevención basados en vigilancia, control, erradicación y educación? O, ¿qué debemos priorizar? ¿Control de índices aélicos o de casos detectados? Las respuestas, evidentemente, no son sencillas, ya que el problema del control y la prevención de una enfermedad como el dengue es complejo no sólo por sus características, sino, además, por las condiciones sociales en la que se inscribe.

Varios puntos pueden ser discutidos para este efecto: la manera como se construyen los programas de control y prevención, la educación como mediadora de cambios de comportamiento y la vigilancia epidemiológica como factor determinante en el seguimiento de la enfermedad. Queremos centrar nuestra atención en la comunicación, ya que mediante ella podemos discutir el dengue y las relaciones sociales, la cultura y los mecanismos que puedan brindar un aporte para el desarrollo de acciones sociales culturalmente competentes.

Hemos presentado cómo el dengue es entendido en distintos juegos de lenguaje⁷ y cómo esto se traduce en lógicas sociales para la gestión comunitaria o estatal de la enfermedad. Más allá del simple aspecto clínico y biológico en primera instancia, el dengue se encuentra en el cruce de diferentes clasificaciones que evidencian su complejidad biopsicosocial. Esto implica

7. En este trabajo utilizamos el término juegos de lenguaje desde Wittgenstein, quien lo define como el “todo formado por el lenguaje y las acciones con las que está entretelado” (1967: 5). En este sentido, la noción de juegos de lenguaje debe dirigirse a comprender el conjunto de prácticas dentro de las cuales y en relación con las cuales se presentan las acciones de este tipo de juegos (Flórez, 2001). En este estudio, el problema del uso del término dengue hace referencia a la articulación entre la palabra y las prácticas terapéuticas que se derivan de la manera como es significada en la población.

que, en segunda instancia, los estereotipos e imágenes sociales de la enfermedad se construyen mediante una serie de acontecimientos sociales cotidianos en los que los actores reciben información para luego integrarla o invisibilizarla en sus mundos de vida y darle con ello un significado. De esta manera, la clasificación y significado del dengue, en tercera instancia, obliga a posar la mirada en

el mundo de la vida de las personas, en el que el término o bien implica una ruptura en la normalidad de los sistemas sociales, o bien representa una serie de dolencias asociadas a otras enfermedades –por ejemplo, gripa– lo que termina por hacer banal el uso del término dengue.

La experiencia del dengue como realidad biológica, social y cultural dentro del contexto cotidiano muestra las formas como el término es entendido en los distintos horizontes, y da cuenta con ello de las estrategias terapéuticas que se consolidan continuamente mediante transacciones de sentido que articulan los valores modernos biomédicos con valores populares. En otras palabras, el dengue como enfermedad se inscribe en los itinerarios terapéuticos de la población articulando elementos biopsicosociales, es decir, que en los recorridos de sanación que configuran día a día las personas para solucionar sus problemas de salud-enfermedad se articulan un conjunto difuso de prácticas y de saberes que toman fuerza gracias a un acervo social constituido por una comunidad de sentido que coincide en qué es salud y qué es enfermedad, en qué es dengue y en qué es gripa.

En este sentido, el problema del dengue se sitúa más allá del simple entendimiento de los determinantes de la salud (Leppo, 1997) porque el espacio biopsicosocial de esta enfermedad no puede ser reducido a contextos marginales urbanos, rurales o de

pobreza. El dengue es una enfermedad que se ha ampliado y adaptado a la organización social de los contextos modernos, sobrepasando las fronteras de un conocimiento especializado; de allí que los esquemas estratégicos de acción de erradicación mediante medidas sanitarias, educativas, moralizadoras y punitivas deba ser cuestionado, más aún en sociedades como la colombiana en las que las lógicas sociales se encuentran influidas por elementos mixtos que surgen a partir de un sistema en crisis permanente, de la combinación de lo experto y lo profano, lo tradicional y lo moderno (Suárez, Forero, 2002).

Aunque la categoría “enfermedades de la pobreza” incluye patologías que sí tienen relación directa con las condiciones sociales de privación económica, es cuestionable por cuanto reduce un conjunto de enfermedades a una imagen de precariedad premoderna que no corresponde a la realidad compleja del dengue. De allí que las campañas de erradicación de esta enfermedad estén basadas en una misión salvadora por medio de las ciencias de la salud, higiene y promoción de estilos de vida saludables acordes con la modernidad.

De la misma manera en que Claude-Henri de Saint Simon quería remplazar catolicismo y superstición con el racionalismo newtoniano (Ionescu, 1976), las políticas públicas en salud que emanan de las instituciones oficiales piensan erradicar “lo popular” del mundo de la vida cotidiana de la población (Suárez, Forero, 2002). La propuesta de entendimiento y de erradicación de las causas del dengue parece confirmar diversas teorías ilustradas de la relación pobreza-enfermedad; por ejemplo, la teoría de Villermé y sus contemporáneos, que veían como determinante predominante de la enfermedad las condiciones socioeconómicas de la existencia, lo cual hacía ver la enfermedad bajo un eje económico y moral y promovía políticas de reorganización social para los infectados, es decir, la población marginal (Coleman, 1982). Por otro lado, en las teorías de la predisposición de la enfermedad, de las cuales Rudolph Virchow es uno de sus más claros exponentes (Ackerknecht, 1955), la pobreza y los elementos estructurales que a ella se vinculan son las causas que predisponen una población a una enfermedad. Aunque Chadwick (Porter, 1999) veía la pobreza no como la causa de la enfermedad sino como su efecto, su orientación veía en la erradicación de la suciedad, obviamente presente entre los pobres, la única manera de eliminar la enfermedad.

Estas teorías evidencian los pilares de las llamadas enfermedades de la pobreza, de sus tratamientos, de sus representaciones sociales y de los desencuentros entre las realidades pensadas desde las agencias internacionales e instituciones oficiales y las del mundo de la vida cotidiana de los actores sociales. Estas ideas de pobreza, trópico y enfermedad eran promovidas por los soldados de la salud, o como los oficiales médicos de la salud (*Medical officers of health*, MOH), de acuerdo con la terminología británica del siglo diecinueve, quienes encarnaban la nueva cruzada promovida por la ideología higienista. Dicha cruzada buscaba salvar una comunidad de devenir una comunidad de lazaretos (Porter, 1999), y domesticar el pensamiento salvaje del ignorante en el peor de los casos, o del pobre inocente en el mejor, para así ilustrarlos en las prácticas civilizadas de vida dentro de los espacios privados y públicos.

Aunque los fundamentos de las acciones sociales en relación con el dengue intenten sobrepasar las medidas sanitarias para las enfermedades de la pobreza, las bases teóricas siguen funcionando en términos de salvación, pedagogía y moral. Tal vez en el momento en que las campañas empiecen a hacerse pensando en el mundo de la vida cotidiana, y cuando los juegos de lenguaje de funcionarios, pacientes y comunidad en general puedan establecer parecidos de familia entre ellos, la comunicación que se establezca, lejos de aparecer como un diálogo de sordos, servirá para una fusión de horizontes. Si bien no podrán asirse completamente los significados de los términos en contextos distintos a los que adquieren su significado, podrán ser comprendidos de forma tal que las estrategias de acción en contra de la enfermedad puedan dirigirse de manera eficiente. Para que esto suceda, es necesario el cambio en el lenguaje de las campañas, para que en ellas deje de asociarse la enfermedad tropical con pobreza, suciedad y malos hábitos higiénicos, ya que los actores sociales a quienes van dirigidas difícilmente se sentirán identificados. Las cartillas y demás formas de divulgación de la enfermedad deben dar razón de experiencias cercanas a los individuos que pretenden informar, para lo que es necesario indagar por las formas en que se entiende el dengue, para exponer esta clasificación y contrastarla con la que se quiere divulgar.

Es importante aclarar en este punto que para que los proveedores en salud cambien la forma de entender el dengue, es necesario que en su juego de lenguaje haya, también, una ruptura de

sentido o algo que cambie el uso que el término tiene. Una vez modificado el sentido del término entre médicos, promotores y otros profesionales de la salud, no serán sordos a las formas en que se usa dengue dentro de la comunidad, ya que de su comprensión depende el desempeño de una adecuada labor de promoción y prevención que, a su vez, tendrá un nuevo sentido en una imagen de mundo en la que se reconozca su labor. Sin un mínimo acuerdo sobre cómo entender el término, los significados de dengue pueden oponerse sin remedio. La resistencia a asumir las recomendaciones de las campañas no es sinónimo de ignorancia o de terquedad en perseverar en las malas acciones; es la consecuencia de que dengue sea significado de una manera completamente diferente a la científica y que por ello mismo se inscriba en itinerarios terapéuticos distantes del médico, del experto. Con base en sus imágenes de mundo, los actores sociales construyen diferentes formas de hacer frente a los avatares de la vida cotidiana. En este orden de ideas, lo divulgado por las campañas de promoción y prevención no tienen significación alguna en la medida en que hacen referencia a conductas y a roles con los que los actores sociales no se identifican.

Los diferentes horizontes existen de forma paralela, ninguno se toca con el otro y cada uno contribuye a la reproducción de sus significados, lo que repercute en que cada juego de lenguaje pueda entenderse como una especie de mónada semántica imposible de romper. La única manera de lograr que se expandan los límites para hacer ineludible la necesidad de entender dengue de otra manera. Es claro que para establecer un diálogo entre los distintos juegos de lenguaje es indispensable que el término dengue pueda ser traducido, sin olvidar que traducir quiere decir arrojar sobre lo que se interpreta una nueva luz proveniente de un horizonte específico. Las acciones originadas a partir de un ejercicio de este tipo podrían sugerir un cambio de comportamiento. Las campañas derivadas de este proceso habrán replanteado la forma en la que se están llevando a cabo, el lenguaje del que se valen y la forma de divulgación. Lejos de darse en el ámbito nacional, esto debe darse en el local: las personas encargadas de idear campañas deberán estar en disposición de conocer en profundidad los significados del término dengue, y con ello las imágenes de mundo que lo sustentan, para ubicar los puntos sensibles de las mismas y proponer experiencias de choque que sirvan como base para las campañas.

Finalmente, podemos preguntarnos como lo hizo Pandit (1970) para India en décadas pasadas: ¿que se ha hecho en Colombia para controlar y erradicar el dengue? Algunos pueden afirmar, con seguridad, que los seguimientos epidemiológicos han mejorado, que las campañas de promoción de la salud han tenido gran impacto en la sociedad, que el trabajo para controlar la enfermedad ha sido constante y que el debate dado por las entidades encargadas de promover el control de los determinantes sociales de la enfermedad es mayor (por ejemplo, la relación entre pobreza y salud). Sin lugar a dudas, en Colombia, como en otros países, las campañas locales implementadas por municipalidades han desarrollado programas creativos con impacto positivo en la sociedad (Ashford et al., 2003; McConnell, Gubler, 2003; Messer et al., 2003; Reiter et al., 2003; Shepard et al., 2004; Winch et al., 2002). Sin embargo, muchos de estos programas no han ejercido la influencia esperada en el control y erradicación de la enfermedad, debido a la reproducción social de patrones de comportamiento que propician el *statu quo* de la presencia del dengue en la sociedad colombiana, es decir, intereses políticos, falta de continuidad, asignación de recursos presupuestales para el control de la enfermedad, intervenciones sociales incongruentes con la realidad cultural y, finalmente, la crisis social creciente del país que invisibiliza una enfermedad como el dengue dentro de la constelación de problemas sociales del país. Entonces, es posible preguntarnos por alguna salida para empezar a controlar y erradicar esta enfermedad que, sin lugar a dudas, más allá de la categoría “tropical” evoca condiciones y prácticas sociales que exigen una mirada biopsicosocial que pueda crear vínculos entre el mundo cotidiano y el mundo ideal pensado desde los grupos sociales productores de acciones sociales institucionales.

BIBLIOGRAFÍA

- ABEL, C. 1995. “External philanthropy and domestic change in Colombian health care: The role of the Rockefeller Foundation, 1920-1950”. *The Hispanic Historical Review*. 75 (3).
- ACKERKNECHT, E. 1955. *A short history of medicine*. Ronald Press. Nueva York.
- ALISON, A. C. 1954. “Protection afforded by sickle-cell trait against subtertial Malaria infection”. *British Medical Journal*. 1.

- ARMELAGOS, G. J. Y DEWEY, J. R. 1970. "Evolutionary response to human infectious diseases". *Bioscience*. 157.
- ASHFORD, D. A., SAVAGE, H. M., HAJJEH, R. A., MCREADY, J., BARTHOLOMEW, D. M., SPIEGEL, R. A., VORNDAM, V., CLARK, G. Y GUBLER, D. G. 2003 "Outbreak of Dengue fever in Palau, Western Pacific. Risk factors for infections". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 69 (2).
- AUDY, J. R. 1971. "Measurement and diagnosis of health". En P. Shepard y D. Mckinley (eds). *Environmental. Essays on the planet as a home*. Houghton-Mifflin. Boston.
- , 1974. "Measurement and diagnosis of health". En P. Shepard y D. Mckinley (eds). *Environmental. Essays on the planet as a home*. North Holland. Nueva York.
- BARBOSA, C. 1998. "Epidemiology and anthropology: An integrated approach dealing with bio-socio-cultural aspects as strategy for the control of endemic diseases". *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*. 93 (Suppl.1).
- BENAVIDES, M., REALPE, L. Y FAJARDO, P. 1997. "Evaluación del tiempo en que *Aedes eegypti* coloniza y desarrolla su fase acuática en los lavaderos de ropa de los barrios surorientales de Neiva". *Biomédica*. 17 (4).
- BRICEÑO-LEÓN, R. 1999. *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*. Fundación Polar. Caracas.
- BROWN, P. J. 1981. "Working group on infectious diseases". *Medical Anthropology Quarterly*. 12.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC). 1979a. "Control of dengue". *Vector Topics*. 2. Noviembre.
- , 1979b. "Biology and control of *Aedes eegypti*". *Vector Topics*. 4. Septiembre.
- COCHRAN, G. M., EWALD, P. W. Y COCHRAN, K. D. 2000. "Infectious causation of disease: An evolutionary perspective (statistical data included)". *Perspectives in Biology and Medicine*. 43.
- COLEMAN, W. 1982. *Death is a social disease*. University of Winsconsin Press. Madison.
- CUETO, M. 1992 "Sanitation from above: Yellow fever and foreign intervention in Peru, 1919-1922". *The Hispanic American Historical Review*. 72 (1).
- DESOWITZ, R. S. 1998. *Who gave Pinta to the Santa Maria? Torrid diseases in a temperate world*. Harvest Books.
- DUBOS, R. 1965. *Man adapting*. Yale University Press. New Haven.
- , 1968. *Man, medicine and environment*. Praeger. Nueva York.

- DUNN, F. L. 1979. "Behavioral aspects of the control of parasitic diseases". *Bulletin WHO*. 57.
- . 1983. "Human behavioral factors in mosquito vector control". *Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*. 14.
- EHRENKRANZ, N. J., VENTURA, A. K., CUADRADO, R. R., POND, W. L. Y PORTER, J. E. 1971. "Pandemic Dengue in the Caribbean countries and the southern U.S. -Past, present and potential problems". *New England Journal of Medicine*. 285.
- ESTRADA-FRANCO, J. Y CRAIG, G. 1995. *Biología, relaciones con enfermedades y control de Aedes albopictus*. Cuaderno técnico 42. OPS-OMS. Washington.
- FLÓREZ, A. 2001. "Juegos de lenguaje y significado". En Juan José Botero (ed.). *El pensamiento de L. Wittgenstein*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- FOSTER, G. M. Y ANDERSON, B. G. 1978. *Medical Anthropology*. Wiley. Nueva York.
- GIBBONS, R. V. Y VAUGHN, D. W. 2002. "Dengue: An escalating problem". *British Medical Journal*. 324.
- GORGAS, W. C. 1915. *Sanitation in Panama*. Appleton. Nueva York.
- GUBLER, D. J. 2002. "The global emergente/resurgence of arboviral diseases as public health problems. Review article". *Archives of Medical Research*. 33.
- GUBLER, D. J. Y CLARK, G. G. 1994. "Community-based integrated control of *Aedes aegypti*: A brief overview of current programs". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 50. (Suppl. 6).
- GUBLER, D. J. Y MELTZER, M. 1999. "Impact of Dengue/Dengue hemorrhagic. Advances in virus research fever on the developing world". *Advances in Virus Research*. 53.
- HALDANE, J. B. S. 1949. "Disease and evolution". *La Ric. SCI*. 19.
- HALSTEAD, S. 1988 "Aedes aegypti: why can't we control it?" *Bull. Soc. Vector. Ecol.* 13 (2).
- INFORME EPIDEMIOLOGICO NACIONAL (IEN). 1998a. *Informe sobre la evaluación de la situación epidemiológica del dengue en Villavicencio, Acacias y Armenia*. INS. Bogotá.
- . 1998b. *Vigilancia epidemiológica para Aedes albopictus*. INS. Bogotá.
- . 1998c. *Distribución de Aedes aegypti en Colombia*. INS. Bogotá.
- . 1998d. *Sistema alerta acción*. INS. Bogotá.

- INHORN, M. C. Y BROWN, P. J. 1990. "The anthropology of infectious diseases". *The Annual Review of Anthropology* 19.
- IONESCU, G. 1976. *Saint Simon, Claude-Henri de Rouvroy. The political thought of Saint-Simon*. Oxford University Press. Oxford.
- KENDALL, C., HUDELSON, P., LEONTSINI, E., WINCH, P., LLOYD, L. Y CRUZ, F. 1991. "Urbanization, Dengue, and the health transition: Anthropological contributions to international health". *Medical Anthropology Quarterly*. New Series. 5 (3).
- LAFAILLE, R. 1993. "Towards the foundation of a new science of health: Possibilities, challenges and pitfalls". En R. Lafaille y S. Fulder (eds.). *Towards a new science of health*. Routledge. Londres.
- LEPPO, K. 1997. "Introduction". En M. Koivusalo y E. Ollila (eds.). *Making a healthy world: Agencies, actors and policies in international health*. St. Martin's Press. Londres.
- MACCORMACK, C. 1985. "Anthropology and the control of tropical disease". *Anthropology Today*. 1 3.
- MCCONELL, K. J. Y GUBLER, D. J. 2003. "Guidelines on the cost-effectiveness of larval control programs to reduce Dengue transmission in Puerto Rico". *Revista Panamericana de Salud Pública*. 14 (1).
- MARÍA LUISA DE PARMA, REINA DE ESPAÑA. 1801. *Cartas a Manuel de Godoy*. Archivo del palacio real, Madrid, España. Sección histórica, papeles reservados de Fernando VII.
- MARTÍNEZ, E. 1990. *Dengue hemorrágico en niños*. INS. Bogotá.
- MAY, J. M. 1989. *The ecology of human disease*. MD Publications. Nueva York.
- MCSHERRY, J. 1993. "Dengue". En K. F. Kiple (ed.). *The Cambridge world history of human disease*. Cambridge University Press. Cambridge.
- MESSER, W. B., VITARANA, U. T., SIVANANTHAN, K., ELVTIGALA, J., PREETHIMALA, L. D., RAMESH, R., WHITANA, N., GUBLER, D. J. Y DE SILVA, A. M. 2002. "Epidemiology of Dengue in Sri Lanka before and after the emergence of epidemic Dengue Hemorrhagic fever". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 66 (6).
- MORALES, A., OLANO, V. A. Y FERRO, C. 1998. "Laboratorio de entomología 1934-1997". En G. Toro, C. A. Hernández y J. Raad (eds.). *Instituto Nacional de Salud 1917-1997. Una historia un compromiso*. INS. Bogotá.
- NIEHOFF, J. Y SCHNEIDER, F. 1993. "Epidemiology and the criticism of the risk-factor approach". En R. Lafaille y S. Fulder (eds.). *Towards a new science of health*. Routledge. Londres.
- OSPINA, M. B. Y GÓMEZ, C. 2001. "¿La investigación cuantitativa frente

- a la investigación cualitativa?”. En A. Morales, C. Gómez y D. Londoño (eds.). *Investigación clínica: epidemiología clínica aplicada*. Ceja. Bogotá.
- PANAMERICAN HEALTH ORGANIZATION. 2004a. *Number of reported cases of Dengue & Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), region of the Americas (by country and subregion 2003)*. Panamerican Health Organization. Washington.
- . 2004b. *Estrategia de gestión integrada de prevención y control del dengue en Centroamérica y República Dominicana*. Ministerio de Salud de República Dominicana, BID, OPS/OMS. Santo Domingo.
- . 2003. *Resolución CD44.R9. LV reunión del comité regional*. Panamerican Health Organization. Washington.
- . 2001a. *Resolución CD43.R4. XL reunión del comité regional*. Panamerican Health Organization. Washington.
- . 2001b. *Marco de referencia para la nueva generación de programas de prevención y control del dengue en las Américas*. Documento CD 43/12. Programa de enfermedades transmisibles. Panamerican Health Organization. Washington.
- . 1997. *Plan continental de ampliación e intensificación del combate al Aedes aegypti. Informe de un grupo de trabajo*. Panamerican Health Organization. Caracas.
- PANDIT, C. G. 1970. “Communicable diseases in twentieth-century India”. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 19 (3).
- PARKS, W. Y LLOYD, L. 2003. *Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue*. World Health Organization. Ginebra.
- PEARL, J. 1997. “Tropical disorders and the forging of a Brazilian medical identity, 1860-1890”. *The Hispanic American Historical Review*. 1.
- PORTER, D. 1999. *Health, civilization and the state*. Routledge. Londres.
- REITER, P., LATHROP, S., BUNNING, M., BIGGERSTAFF, B., SINGER, D., TIWARI, T., BABER, L., AMADOR, M., THIRION, J., HAYES, J., SECA, C., MENDEZ, J., RAMIREZ, B., JEROME, R., RAWLINGS, J., VORNDAM, V., WATERMAN, S., GUBLER, D., CLARK, G. Y HAYES, E. 2003. “Texas lifestyle limits transmission of Dengue virus”. *Emerging Infectious Diseases*. 9 (1).
- RIGAU-PÉREZ, J. (1998). “The early use of break bone fever (quebranta huesos, 1771) and dengue in Spanish”. *American Journal of Tropical Hygiene*. 59 (2).
- RODRÍGUEZ, R. 2002. “Estrategias para el control del dengue y del

- Aedes aegypti* en las Américas". *Revista Cubana de Medicina Tropical*. 54 (3).
- ROUNDY, R. W. 1978. "A model for combining human behavior and disease ecology to assess disease hazard in a community: Rural Ethiopia as a model". *Social Science and Medicine*. 12.
- SCHNEIDER, J. Y DROLL, D. 2001. *A timeline for Dengue in the Americas to December 31, 2000 and noted first occurrences*. Panamerican Health Organization. Ginebra
- SERVICE, M. 1993. "Community participation in vector-borne disease control". *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*. 87 (3).
- SHEPARD, D. S., SUAYA, J. A., HALSTEAD, S. B., NATHAN, M. B., GUBLER, D. J., MAHONEY, R. T., WANG, D. N. C. Y MELTZER, M. 2004. "Cost-effectiveness of a pediatric Dengue vaccine". *Vaccine*. 22.
- SIMPSON, J. A. Y WEINER, E. S. C. 1989. *The Oxford English Dictionary* (segunda edición). Clarendon Press. Oxford.
- SIVIGILA. 2002. *Boletín Epidemiológico Semanal* (enero 13 a 19 de 2002). INS. Bogotá.
- SLOSEK, J. 1986. "Aedes aegypti mosquitoes in the Americas: A review of their interaction with human population". *Social Science and Medicine*. 23 (3).
- SUÁREZ, R. 2000. "Aspectos culturales en la subsistencia y reproducción del dengue y del *Aedes aegypti*: una discusión sobre la importancia de la investigación en la antropología médica". *Boletín de Antropología Universidad Javeriana*. 6 (6).
- . 1999. *A cross cultural study on physicians' and healers' education in Colombia*. Université de Genève. Ginebra.
- SUÁREZ, R. Y FORERO, A. M. 2002. *Itinerarios terapéuticos de los devotos al Divino Niño del 20 de Julio: entre las fisuras de las narrativas expertas en salud*. Ediciones Uniandes. Bogotá.
- SUÁREZ, R., FORERO, A. M. Y OLARTE, M. F. 2003. *El dengue en Villavicencio: entre la realidad biológica y la realidad social*. Documento Cesó 33. Ediciones Uniandes. Bogotá.
- TURSHEN, M. 1984. *The political ecology of disease in Tanzania*. Rutgers University Press. New Brunswick.
- VLASSOF, C. 1993. "El estado actual de la investigación social y económica sobre las enfermedades tropicales". En R. Briceño-León y J. Pinto (comp.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*. Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela y Consorcio de Ediciones Carriles. Caracas.

- WHITEFORD, L. M. 1997. "The ethnoecology of Dengue fever". *Medical Anthropology Quarterly*. New Series. 11 (2).
- WINCH, P. J., LEONTSINI, E., RIGAU-PÉREZ, J., RUIZ-PÉREZ, M., CLARK, G. Y GUBLER, D. J. 2002. "Community-based dengue prevention programs in Puerto Rico: Impact on knowledge, behavior, and residential mosquito infestation". *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*. 67 (4).
- WISSEMAN, C. L. Y SWEET, B. H. 1961. "The ecology of Dengue". En J. J. May (ed.). *Studies in disease ecology*. Hafner. Nueva York.
- WITTGENSTEIN, L. 1965. *Philosophical investigations*. Blackwell. Oxford.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2002. *Strategic direction for research. Dengue. Disease burden and epidemiological trends*. WHO. Ginebra.
- . 2001. *Tropical disease research*. WHO. Ginebra.
- . 2000. *Strengthening implementation of the global strategy for dengue fever/ Dengue haemorrhagic fever prevention and control*. Report of the Informal Consultation 18-20 October 1999. WHO. Ginebra.