

CRÍTICAS AL CONTROL Y PREVENCIÓN DEL DENGUE Y PROPUESTAS DESDE LA EDUCACIÓN POPULAR Y LAS EPIDEMIOLOGÍAS SOCIALES

Ocampo Mallou, Carolina
Universidad Nacional de San Martín - CONICET
caro.ocampo.mallou@gmail.com

Carbajo, Aníbal Eduardo
Universidad Nacional de San Martín - CONICET
acarbajo@unsam.edu.ar

Gurevitz, Juan Manuel
Universidad Nacional de Comahue - CONICET
jmgurevitz@comahue-conicet.gob.ar

Manteca-Acosta, Mariana
Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en endemo-epidemias
mariana.manteca@gmail.com

Garelli, Fernando Miguel
Universidad Nacional de Luján - CONICET
fgarelli@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo discute aspectos que consideramos problemáticos de las políticas actuales acerca del dengue en Argentina. Se realiza una crítica a los abordajes dominantes respecto del dengue, en particular, al individualismo y al biologicismo presentes en las implementaciones de prevención y control. De forma asociada, se critica la mirada homogénea de la población humana y del espacio. Luego, se proponen perspectivas alternativas para considerar el problema desde la educación popular y las epidemiologías crítica y sociocultural.

Palabras clave: Dengue; Epidemiología social; Educación en salud; Atención primaria de la salud; Promoción de la salud

ABSTRACT

This paper discusses problematic aspects of current policies regarding the disease in Argentina. We make a critique of the dominant approaches to dengue particularly focusing on individualism and biologicism present in prevention and control interventions. Associated with this, we criticize the homogeneous view of the human population and space. Then, alternative perspectives are proposed to address the dengue problem from popular education and critical and sociocultural epidemiologies.

Keywords: Dengue; Epidemiology; Health Education; Primary Health Care; Health Promotion

RÉSUMÉ

Le présent travail discute des aspects que nous considérons problématiques des politiques actuelles concernant la dengue en Argentine. Une critique est formulée à l'égard des approches dominantes concernant la dengue, en particulier l'individualisme et le biologicisme présents dans les mises en œuvre de prévention et de contrôle. De manière associée, le regard homogène porté sur la population humaine et sur l'espace est critiqué. Ensuite, des perspectives alternatives sont proposées pour aborder le problème à partir de l'éducation populaire et des épidémiologies critique et socioculturelle.

Mots-clés: Dengue; Épidémiologie sociale; Éducation pour la santé; Soins de santé primaires; Promotion de la santé

1. Introducción

Las ciencias biomédicas definen al dengue como una infección generada por un virus transmitido por los mosquitos *Aedes* spp. que puede desatar una enfermedad con amplio espectro patológico. Desde finales de la década del 90, la incidencia del dengue y dengue grave en Latinoamérica comenzó a aumentar (Cafferata et al., 2013). Desde entonces, en la región se generan epidemias recurrentes que crecen rápidamente y afectan con severidad a los grandes centros urbanos, sitios privilegiados en cuanto a la presencia de *Aedes* spp. En particular, el 2024 ha resultado ser el año con el mayor número de casos notificados para América desde que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a recopilar los datos (OPS, 2024). Así, entre las semanas epidemiológicas 1 y 48 del 2024, se reportaron un total de 12,780,728 casos sospechosos de dengue, generando una incidencia acumulada de 1,359 casos por 100,000 habitantes.

En sintonía con la situación regional, Argentina presentó en los últimos quince años un crecimiento en la cantidad de casos, defunciones, extensión y frecuencia de las epidemias, cuyas mayores dimensiones se alcanzaron en la temporada 2023-2024 (MSAL, 2024). En dicha temporada, desde la semana epidemiológica 31 del 2023 hasta

la 30 del 2024, se registraron 583.297 casos de dengue y la incidencia acumulada fue de 1239 casos cada 100.000 habitantes (MSAL, 2024). A su vez, se registraron 419 casos fallecidos. De esta forma, el dengue se constituye como un problema de salud pública nacional e internacional en ascenso.

Algunos estudios de revisión sobre los resultados de las iniciativas de salud pública en la prevención del dengue exhiben observaciones contradictorias y una ausencia de evaluaciones sobre las intervenciones en distintos países (Torres et al., 2017; Dusfour & Chaney, 2021; Bardach et al., 2019). Al mismo tiempo, algunos análisis realizados desde una perspectiva cualitativa y etnográfica indican la existencia de dificultades en el diseño e implementación de las medidas de prevención y control de la enfermedad y ciertos aspectos sociales problemáticos vinculados a ellas (Nading, 2014; Ocampo, Blois & Carbajo, 2020; Ocampo Mallou et al., 2023; Segata, 2017; Suárez et al., 2005; Tapia- López et al., 2019).

Al momento de estudiar un problema sanitario y ambiental como el dengue cabe recordar que los sistemas de salud oficiales producen más que modos de diagnóstico y tratamientos: definen las explicaciones dominantes para las enfermedades, las acciones esperables para responder a ellas y los conocimientos autorizados para pensarlas (Briggs, 2005). En este contexto, entonces, queremos proponer perspectivas que nos puedan facilitar otras formas de pensar y de abordar el dengue, ancladas en el pensamiento latinoamericano, que permitan cuestionar dichas explicaciones y acciones hegemónicas en salud. En tanto dicha arbovirosis es reconocida como una problemática ambiental compleja (MSAL, 2016; Spiegel et al., 2005), el pensamiento interdisciplinario es necesario para reconstruir una nueva manera de estudiarla. En pos de este intento, queremos discutir ciertos puntos que consideramos problemáticos en las políticas actuales acerca de la enfermedad en Argentina, los cuales también caben ser reflexionados para otros contextos latinoamericanos. Así, generamos este artículo desde el diálogo que fomentan nuestras prácticas actuales de investigación y de gestión en salud, que atraviesan a la filosofía de la biología, la educación, la epidemiología y la biología. Puntualizaremos, entonces, aspectos que nos parecen relevantes acerca de la prevención y el control del dengue y que recuperamos como horizontes para repensar nuestro quehacer en torno a la problemática. Para ello, luego del siguiente apartado metodológico, realizaremos primero una crítica a los abordajes respecto del dengue que entendemos como dominantes (sección 3) para luego sugerir perspectivas teóricas alternativas y propuestas de intervención (sección 4).

2. Metodología

El presente trabajo estuvo enmarcado en un abordaje metodológico cualitativo. Se seleccionó un repertorio bibliográfico definido para presentar algunos conceptos de la educación popular y de las epidemiologías alternativas latinoamericanas (crítica y sociocultural). A su vez, se llevó a cabo un análisis crítico interpretativo que permitió establecer un diálogo entre las categorías analíticas provenientes de la epidemiología alternativa latinoamericana y la educación popular y las categorías empíricas extraídas a partir de material de campo (Minayo, 2018). Dicho material de campo descansa en entrevistas abiertas y semi-estructuradas realizadas a agentes de salud en las regiones sanitarias V y VI de la provincia de Buenos Aires, en los años 2019, 2020 y 2021. Los detalles del trabajo de campo cualitativo pueden encontrarse en la tesis doctoral asociada (ANÓNIMO, 2024). A su vez, se realizaron seis entrevistas semi-estructuradas a decisores de las políticas públicas en torno al dengue del Ministerio de Salud de la Nación y de la provincia de Buenos Aires. Dichas entrevistas fueron virtuales y antes de

cada una, cada entrevistado dió su consentimiento verbalmente. Adicionalmente las entrevistas se pusieron en diálogo con algunos documentos oficiales acerca de la problemática del dengue generados por el Ministerio de Salud de la Nación.

3. Críticas a los abordajes dominantes de prevención y control del dengue

3.1. El dengue como problema exclusivamente biomédico

Las políticas públicas de prevención en torno al dengue en Argentina están centradas, principalmente, en disminuir las poblaciones de mosquitos *Aedes aegypti*, el principal vector del virus, y, en menor medida, en la detección rápida de casos sospechosos de dengue con el fin de tratarlos y aislarlos del contacto con los mosquitos. Así, por ejemplo, lo enuncia el último documento actualizado por el Ministerio de Salud nacional para la preparación ante las epidemias de dengue: “La medida más eficaz para cortar el ciclo de transmisión de las enfermedades transmitidas por el mosquito *Aedes aegypti* es la eliminación de los criaderos, es decir, de todos los recipientes u objetos que puedan acumular agua” (MSAL, 2025, p.47). También lo indica un decisor de salud de uno de los municipios de la región sanitaria VI: “en general se elige un barrio, se va casa a casa, se entrega información, se entrega una bolsa si hace falta, uno está dispuesto a ayudar si hace falta ayudar y si no te dicen ‘mirá yo ya sé’, le das pautas y tiran los cacharros que acumulan agua y después lo sacan y después se recogen”. Recientemente, en el 2023, como parte de la estrategia preventiva, se ha aprobado y comenzado a implementar una vacuna contra el dengue creada por el laboratorio Takeda (MSAL, 2025). El biologicismo y el individualismo, que discutiremos a continuación y que constituyen el abordaje del dengue, parecen ser marcas de la presencia del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2020) en estas políticas sanitarias. Así, consideramos necesario enunciar dicha hegemonía advirtiéndole que los propios agentes de salud y decisores logran cuestionarla a través de los obstáculos que encuentran en sus prácticas sanitarias (Ocampo Mallou, 2024). Por lo tanto, sin ignorar la existencia de estas “fugas”, el artículo se centra en remarcar aspectos hegemónicos del hacer preventivo en dengue y que constituyen el andamiaje normativo de los agentes de salud.

El Modelo Médico Hegemónico permite el establecimiento de un enfoque social sobre un problema de salud que se limita al estudio de los hábitos individuales de las personas (el individualismo), una definición biomédica de la enfermedad y una jerarquización de las características biológicas de las poblaciones humanas al momento de abordar la problemática (lo que llamamos biologicismo) (Krieger, 2011). Esto limita la posibilidad de pensar dicho problema de salud como fenómeno socio-relacional. Es decir, restringe la recuperación de aspectos de la estructura económica, política y sociocultural de una sociedad como parte de la explicación y el marco de acción en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

El individualismo se evidencia cuando en las intervenciones respecto del dengue (incluyendo la información que en general se divulga) se apela a la responsabilidad individual de los residentes (Garelli & Dumrauf, 2022; Ocampo, Blois & Carbajo, 2020). Como ya anticipamos, en Argentina esa responsabilidad se menciona particularmente en relación con la eliminación de los potenciales criaderos de *Ae. aegypti*. Por ejemplo, así lo enuncia una decisora del Ministerio de Salud de Buenos Aires: “la gente sabe que se va a venir el spot del mosquito que transmite el dengue y se cría en su casa, por eso, eliminá todos los objetos que puedan acumular agua, da vuelta baldes, vaciá, digamos, como que es tan remanido que bueno, hay que buscar estrategias para levantar la percepción del riesgo sin alarmar”. En este sentido, los fracasos en torno

a la prevención de la enfermedad son entendidos, principalmente, como dificultades en el manejo de los mosquitos *Ae. aegypti*. A su vez, dichas dificultades parecen comprenderse, en su mayoría, como “fracasos” de las personas en la eliminación de los criaderos en sus hogares (Briggs, 2005; Nading, 2014; Ocampo, Blois & Carbajo, 2020). Dicho sentido parece derivarse de la afirmación de la jefa de un centro de salud de un municipio de la región sanitaria VI : “como es un problema individual que después se colectiviza es difícil también de trabajar.”. De esta manera, una de las principales medidas de prevención y control en torno a la problemática es el cambio de conductas de las personas en sus propios hogares, a través de la adquisición de información científica (biológica) y de la generación de una “conciencia” respecto del dengue como problema digno de atención. En este último sentido se expresa una decisora del Ministerio de Salud de la Nación:

“la percepción de riesgo es muy difícil de cambiar y me parece que tiene que ver también con la idiosincracia argentina del no pasó nada y a mí no me va a pasar (...) por eso me parece que todo lo que tiene que ver con actividades de participación me parecen importantes y que deben seguir porque es una forma de involucrar a las personas, si las personas participan, se involucran y mal que mal uno va generando un poco de conciencia”.

Bajo esta argumentación, se suele afirmar que, si existiesen los recursos humanos y financieros suficientes para sostener el trabajo de agentes de salud en territorio todo el año, a largo plazo la población aprendería y eliminaría los estados inmaduros de *Ae. aegypti*. Por ejemplo, así lo indica la jefa de un centro de salud de un municipio de la región sanitaria VI:

“yo creo que si nosotras tuviéramos un plantel de 500 promotoras territoriales...pero nosotros tenemos un recurso muy limitado, eso es lo que te digo, yo tengo una promotora que es la que hace la búsqueda activa de las enfermedades infecto contagiosas, pero también del bebé que no viene a control (...) llega un momento que el recurso humano es muy limitado, es eso, yo creo que es eso nada más, si tuviéramos promotores territoriales que pudieran abocarse a hacer dengue todo el año...”

Más allá de posibles orígenes, el énfasis en la responsabilidad individual refuerza las caracterizaciones negativas de quienes no adhieren a las medidas sanitarias o parecen no hacerlo. Se difunden imaginarios en los cuales la enfermedad es generada por un otro que no hace lo que debe hacer. Se habilita una culpabilización de los residentes por parte de los agentes sanitarios y entre los propios ciudadanos por las fallas en el control y la prevención del dengue. Así, la mención a la persona que no cumple con la prevención suele asociarse a la suciedad, la ignorancia o la mala educación (Ocampo, Blois & Carbajo, 2020). Por ejemplo, una decisora del Ministerio de Salud provincial indica que hay: “una construcción de mitos, donde la problemática es causada por un otro que viene de afuera, por un otro sucio, en lugar de pensar bueno, qué tengo yo en mi casa, porque no se trata de sucio, se trata de acumular agua en determinados recipientes”. O bien, otra funcionaria del mismo Ministerio se refiere al discurso de los ciudadanos mencionando que: “se estigmatiza mucho al que acopia, por ejemplo, chatarra, eso se re estigmatiza pero mal, vas al barrio que vayas y lo marcan, ‘no, no, a mí no me vengas a decir que tengo que descacharrar, tenes que ir allá, yo tengo todo limpio y ordenado’”. La apelación a la suciedad vale ser destacada ya que quienes ejecutan las iniciativas contra el dengue también suelen describirlas, en algunas ocasiones, como “hacer limpieza” (Ocampo, Blois & Carbajo, 2020; Spiegel, 2005). Dicha construcción de la enfermedad como emergente de espacios sucios, además, podría restringir la idea de qué es “lo peligroso”, excluyendo a los criaderos que pueden ser hallados en ambientes limpios como, por ejemplo, los floreros o tanques de agua (Rangel-S, 2008).

Las estrategias de prevención y control del dengue son biologicistas, es decir, recuperan casi exclusivamente el saber biológico para estudiar e intervenir en la problemática. En particular, son mosquitocéntricas, dado que se concentran casi exclusivamente en disminuir la abundancia de *Ae. aegypti* y en informar acerca de las características de este mosquito de forma descontextualizada (Ocampo Mallou et al., 2021). El mosquitocentrismo está vigente, en general, en los meses cálidos (cuando se desarrolla el mosquito adulto), soslayando las acciones durante la época de bajas temperaturas. Esta aproximación mosquitocéntrica obtura la comprensión de cómo los modos de vida de los diferentes grupos humanos moldean la transmisión del virus. Es decir, visibilizar a las poblaciones de *Ae. aegypti* como un problema en sí mismo lleva a invisibilizar la diversidad de grupos humanos y territorios por los que circulan los mosquitos. De esta forma, resaltar a las poblaciones de *Ae. aegypti* como problema universal redundante en la generación de abordajes técnicos homogéneos para su solución (como los mosquitos transgénicos o irradiados) que invisibilizan los conflictos, la inequidad social y la diversidad de los territorios en los que aparece el dengue (Nading, 2014; Ocampo et al., 2021; Ocampo Mallou et al., 2023; Segata, 2017).

3.2. El dengue como problema residencial

Como mencionamos, los abordajes habituales del dengue en Argentina conciben que los potenciales criaderos de *Ae. aegypti* se encuentran en las viviendas y, por lo tanto, se insta a los ciudadanos a su eliminación. Ahora bien, incluso si se lograra que cada persona eliminase los criaderos en su hogar (lo que consideramos irrealizable), estos seguirían presentes en las áreas públicas o privadas que no dependen de la regulación individual. Así, locales comerciales o industriales, oficinas, centros recreativos, escuelas, hospitales, aeropuertos, entre otros, parecen quedar sujetos a la buena voluntad de quienes están encargados de la higiene, el saneamiento o la seguridad en cada instalación. Es decir, aunque en los manuales de prevención y control del dengue se proponga un manejo o saneamiento ambiental para eliminar los potenciales criaderos de los espacios públicos (MSAL, 2016; 2025), no se desarrollan estrategias particulares de regulación para cada uno de estos ni tampoco para privados no residenciales. En este sentido, se plantea una estrategia homogénea para sitios diversos y con lógicas de funcionamiento diferentes, que, además, queda atada a la demanda de provincias y municipios. Entonces, en cuanto al abordaje de “predios estratégicos (centros de salud, hospitales, escuelas, mercados, terminales de transporte y otros sitios de concentración de personas) y (...) sitios críticos (cementeros, gomerías y otros donde exista una alta abundancia de criaderos)” (MSAL 2025, p.76), el nivel nacional facilita recursos para “descacharrarlos” si el área provincial y/o municipal lo demandan. Así lo indica una decisora del Ministerio de Salud nacional: “como la mayoría de esas instituciones son públicas, es una cuestión de articulación con el mismo municipio o provincia, el equipo es el que trae la necesidad”. Al mismo tiempo, las iniciativas son homogéneas en cuanto a las acciones propuestas en los distritos político-administrativos del país, lo cual supone el olvido de las particularidades de cada territorio, es decir, un abordaje que implica asumir el espacio como si fuese simplemente un área física (Ocampo Mallou, 2024).

Como ya sugerimos, se presentan aspectos que no son atendibles por los ciudadanos individualmente en sus residencias. Por ejemplo, la falta o discontinuidad de agua potable y la mala gestión de residuos sólidos urbanos son aspectos que facilitan la aparición de potenciales criaderos de *Ae. aegypti*, además de representar problemas de saneamiento urbano en general. En algunos manuales nacionales de control de *Ae.*

aegypti dichas dimensiones son enunciadas como esenciales de atender para prevenir el dengue (MSAL, 2016) y también son reconocidas como relevantes y prioritarias por algunos de los decisores y agentes de salud entrevistados. Sin embargo, la resolución de estas problemáticas, que excede al sector salud, es una deuda histórica estatal porque, al menos en parte, involucra a actores privados con gran posibilidad de acción (Suárez, 2016). Un aspecto relevante para comprender cómo estos problemas afectan, además, de forma desigual a las poblaciones es considerar la condición diferencial de acceso al suelo. El hecho de que la vivienda sea un bien de mercado condiciona quién vive en qué área, y de qué recursos y servicios puede hacer uso (Oszlak, 2017). De esta manera, el asentamiento segregado es causa y consecuencia de la exclusión social de algunos grupos humanos, los cuales quedan relegados a las áreas ambientalmente más degradadas. En este sentido, observamos un reforzamiento de la inequidad en la ciudad (Mera, 2020), la cual afecta la posibilidad de enfermarse y protegerse del dengue pero que no es tematizada en la prevención de este problema. Dicho aspecto no es menor si consideramos que el 81,2 % de la población de Latinoamérica y el Caribe vive en zonas urbanas, entre territorios de desposesión como los barrios populares y áreas de acumulación como las urbanizaciones privadas (Basile et al., 2024). En consonancia, Argentina resulta una de las naciones más urbanizadas de la región, con una población urbana un poco mayor al 90% del total (INDEC, 2022). En este sentido, consideramos que la parcialización de los problemas del territorio (abordados por programas individuales) choca (o incluso es funcional) con las vulnerabilidades estructurales y locales, favoreciendo el fracaso de los programas preventivos en dengue y generando contradicciones en los propios trabajadores que los ejecutan (Ocampo Mallou, 2024; Spinelli, 2016).

3.3. El riesgo de dengue y la homogeneidad humana

La intervención centrada en el cambio de la conducta individual que ya mencionamos suele descuidar, también, la reflexión sobre las prácticas en el hogar, la concepción de qué es el dengue y cuál es su importancia para distintas comunidades. Así, la población humana hacia la cual se dirigen los mensajes preventivos del dengue se homogeniza, oscureciendo la presencia de posiciones sociales asimétricas entre los grupos, signadas por las diferencias de clase social, de género, de etnia, entre otras. Esta inequidad establece las condiciones materiales de vida de los grupos humanos, volviendo más o menos posible la atención a los potenciales criaderos de *Ae. aegypti* y la protección ante las picaduras de dichos mosquitos. Como consecuencia, en algunos casos, los riesgos a la salud se imponen, no son probables sino que son inevitables (Breilh, 2015). A su vez, las posiciones de los grupos también condicionan el “paquete” de riesgos o peligros a la salud reconocidos y sobre los cuales efectivamente intervienen los sujetos (Suárez et al., 2005). Es decir, los grupos humanos también tienen diferentes estilos de vida o construcciones culturales en torno a los eventos de salud (Almeida Filho, 2000). Así, los comportamientos de riesgo (como tener criaderos de mosquito) son relacionales y deberían pensarse referidos a las condiciones materiales, a la subjetividad de las personas y en relación con las condiciones ideológicas dentro de las cuales operan (Menéndez, 2015). Todas las personas negocian (en mayor o menor medida) cuáles son los riesgos sanitarios que están dispuestos a vivir en su cotidiano y cuáles no, mediados por las experiencias que han tenido con diferentes eventos de salud. En otras palabras, habrá riesgos de salud que estaremos dispuestos a vivir. Precisamente, un aspecto que es reconocido por los agentes sanitarios (por ejemplo, en las citas anteriores al mencionar la baja percepción de riesgo) es la falta de importancia

que al menos una parte de la población le da al dengue cuando no se presenta como urgencia en el cotidiano (Ocampo, Blois & Carbajo; Suárez et al., 2005). Esta falta de importancia podría estar ligada a la baja letalidad del dengue y, en algunos casos como en provincia de Buenos Aires, en 2021 se observó que podía vincularse con el desconocimiento de lo que implicaba corporalmente tener dengue y con la ausencia histórica de la enfermedad como problema. Es decir, debido, al menos en parte, a la falta de difusión del padecimiento de quienes enferman de dengue (Ocampo Mallou et al., 2022). Dicha invisibilidad del padecimiento, a su vez, sostenemos que podría exacerbarse en ciertas zonas del país por la estacionalidad de las epidemias de dengue y por la discontinuidad de ellas en el tiempo. Actualmente, luego de que se registrara la peor epidemia hasta el momento en Argentina, el silenciamiento y falta de experiencia respecto de cómo una infección por dengue puede alterar el bienestar podría haberse modificado, en particular en regiones que tradicionalmente han tenido pocos eventos, como en provincia de Buenos Aires. De cualquier forma, las políticas de prevención en dengue desconoce en numerosas ocasiones la complejidad de atribución de significados sobre la enfermedad y propone campañas de comunicación basadas en “construir mensajes en los que se perciba que prevenir enfermedades puede ser algo sencillo y alcanzable por todos y que es necesaria la participación de toda la comunidad” (MSAL, 2025, p.46).

3.4. La falta de participación social

La participación social suele izarse como bandera de solución para la problemática del dengue, pero sostenemos que se deforma de su sentido democrático y sigue abonando a estrategias verticalistas. Habitualmente, la participación social de los residentes de un área en la solución del problema del dengue es comprendida como adhesión a las indicaciones técnicas propuestas por los agentes de salud y/o en los mensajes de difusión pública (Ocampo, Blois & Carbajo, 2020). En términos generales, no implica incrementar el poder de decisión de las comunidades, ni tener presente las relaciones de subordinación que existen en cualquier grupo humano. Se propone que los grupos participen bajo objetivos establecidos *a priori* por agentes estatales y que, en general, están ligados a la “descacharrización”, lo cual atenta contra la posibilidad de que cada comunidad discuta su propia agenda de problemas. Por ejemplo, se puede observar en la propia definición que el Ministerio de Salud nacional (MSAL, 2025, p.8) le da a la participación comunitaria cuando indica que se debe “capacitar” a la comunidad: “El objetivo de la participación comunitaria es capacitar a las comunidades para que compartan con confianza el liderazgo”. En la misma línea, un decisor del Ministerio de Salud provincial indica: “la información tiene que (...) ser compartida con quien tenga poder de decisión política, entonces lo mismo debería pasar supongo que a nivel comunal como para que se instruya sobre cuáles serían las medidas adecuadas y cuáles no”. Esto reproduce una pseudoparticipación (Garelli & Dumrauf, 2022) que también está asociada a la parcialización de los problemas sanitarios y ambientales que ya mencionamos antes. Es decir, la pseudoparticipación nace ante la inacción de los decisores políticos sobre las limitaciones estructurales que atentan contra el bienestar de los residentes y que han sido demandadas sin resolución alguna. En este sentido, ¿cómo movilizarnos hacia una participación en salud cuando dicha participación no es habilitada en otros contextos de la vida común? (Ocampo Mallou et al., 2023). Parece lógico que si las demandas de los residentes no logran ser satisfechas, o al menos visibilizadas, tampoco se generen dispositivos sostenibles en el tiempo que permitan la participación social. Así, la participación se declama como solución y sin embargo no se

construyen espacios formativos ni abordajes que contemplen la posibilidad concreta de democratizar la prevención acerca del dengue.

La participación social también se ve dificultada por la fragmentación que se observa, al menos en algunos centros urbanos de Argentina, entre las instituciones estatales y los ciudadanos. Allí, consideramos que el dengue se sostiene como efecto de la desconfianza de los ciudadanos (en particular, entre las clases media y alta) hacia quienes consideran que son los agentes estatales, aquellos que provienen de los centros de salud. Así lo enuncia una de las decisoras del Ministerio de Salud nacional: “siempre es un problema de alguien más, eso es lo que sucede en las ciudades grandes, es un problema de alguien más y además la desconfianza de que realmente seas quien decis ser”. De la misma forma, la saturación de las guardias hospitalarias durante las epidemias contribuye a las experiencias negativas de los usuarios de los efectores públicos y el daño posterior en el vínculo con los servicios de salud. Por ejemplo, así lo expresa un decisor del Ministerio de salud provincial: “todo está orientado a lo que es la atención de guardia entonces una enfermedad leve muchas veces la gente ni siquiera llega a la consulta porque capaz que se tiene que comer horas en la guardia”. El dengue parece estar asociado al tipo de diálogos efectivos que pueden generarse entre estos sujetos (agentes sanitarios y usuarios) y a la falta de confianza en general en las iniciativas estatales, al menos de una parte de la población (Ocampo Mallou et al., 2023). Las personas parecen no reconocerse en la democracia representativa, lo que las lleva a no sentirse parte de los debates relacionados con las cuestiones que hacen a sus vidas (Dubet, 2021). De la misma forma, la falta de transparencia e información respecto de qué ocurre con los impuestos, cómo se otorgan las ayudas sociales, la presencia de situaciones de fraude y evasión fiscal, los mecanismos judiciales corrompidos, pueden debilitar los sentimientos de solidaridad entre las personas y la credibilidad política (Dubet, 2021; Ocampo Mallou et al., 2023). Así, el dengue se puede posicionar también como un problema de acceso simbólico y político a los servicios de salud (Ocampo Mallou et al., 2022) y en general de persistencia de una democracia débil. Así, por ejemplo, lo enuncia un decisor del Ministerio de Salud provincial al indicar propuestas para mejorar la prevención del dengue:

“lo que habría que hacer a largo plazo es construir el concepto de bien común no solo para el dengue sino todas las cuestiones que hagan a esta sociedad (...) hay que construir lo mismo, la cultura del bien común tiene que ser un... o sea, que uno realmente pueda sopesar el bien común con el beneficio personal y es una cuestión cultural”.

3.5. Acceso a la salud y lógica hospitalocéntrica

Algunas autoras (Comes & Stolkiner, 2005) proponen comprender el acceso a los servicios de salud como el vínculo que se construye entre las instituciones y sus usuarios y las diferentes concepciones de salud y enfermedad puestas en tensión. Ahora bien, dicho acceso se ve atravesado por el funcionamiento dispar y la fragmentación del sistema, en tanto el financiamiento y/o prestación de los servicios puede corresponder al Estado, las obras sociales o bien a las prepagas. Estas formas diversas en que se brinda atención implican que los servicios de salud no sean provistos de forma homogénea entre los grupos sociales.

En el contexto de desigualdad de funcionamiento de los servicios de salud, las personas encuentran dificultades para poder acceder a la atención pública, y más aún en una epidemia de dengue, como se observa, por ejemplo, en el conurbano bonaerense (Freidin, Ballesteros & Wilner, 2019; Ocampo Mallou et al., 2022). Así, se han mencionado obstáculos como demoras en la atención de los casos de dengue (Ocampo

Mallou et al., 2022) durante las epidemias, en particular, en los hospitales. La saturación de los servicios sanitarios de mayor complejidad respondería, al menos en parte, a una lógica hospitalocéntrica que rige el campo de la salud en general y que afecta la atención de numerosas patologías, no solo del dengue. En este sentido, la mayor cantidad de recursos humanos y financieros que tienen los hospitales en comparación con los centros de salud implica que sea el hospital, en numerosas ocasiones, la puerta de entrada a los servicios sanitarios. Es decir, los usuarios acostumbran a concurrir a las guardias de los hospitales por problemas que deberían ser prevenidos o controlados por el primer nivel de atención, asociado al accionar de los centros de salud. Así, la atención primaria no resuelve las necesidades como debería y se utiliza para disminuir el gasto social en salud. Se genera una atención que está focalizada en los grupos más vulnerables pero que no resuelve sus problemas (Ase & Burijovich, 2009). Acerca de las dificultades ligadas a la atención primaria, un decisor del Ministerio de Salud provincial indica:

“no sólo depende de lo que el estado pueda poner de plata por decirlo de alguna forma, porque vos también podés educar a la gente a la atención primaria, pasa que después tiene que ir a la atención primaria y recibir una atención, una respuesta (...) si vos vas al centro de salud y nunca está el médico, siempre va dos horas por día, nunca hay turno...”.

Este proceso de degradación de la atención primaria de la salud se encuentra ligado a la descentralización que vivió el sector público de salud desde los ‘90. La descentralización, que podría haber redundado en un trabajo territorial más efectivo, terminó permitiendo un “ajuste fiscal” y una redistribución de responsabilidades entre las diferentes jurisdicciones estatales sin una clara rendición de cuentas (Ase, 2006). A este escenario se adiciona la inestabilidad de las posiciones directivas tanto en las gestiones municipales sanitarias como también en el propio ministerio de salud. Así, la degradación de la atención primaria, a su vez, abonó características del sector salud vinculadas al Modelo Médico Hegemónico: el énfasis excesivamente asistencialista y centrado en la enfermedad, la sobrevaloración del médico especialista y la prevención ligada a escasas acciones complementarias.

4. Perspectivas alternativas

Las críticas enunciadas nos obligan a repensar qué conceptos científicos nos permiten comprender de otra forma la problemática del dengue, con la finalidad de crear nuevas intervenciones. Para ello consideramos relevantes los aportes de la educación popular y las epidemiologías sociales generadas desde Latinoamérica: la crítica y la sociocultural. La educación popular es una propuesta político-pedagógica que rechaza el posicionamiento educativo “bancario”, que implica la transmisión de conocimientos unidireccional, como si se depositaran en la mente de quien estudia por quien educa. En contraposición, la educación popular propone metodologías dialógicas para co-construir conocimientos desde una perspectiva crítica al orden social imperante. Por ello tiene una intencionalidad emancipatoria, es decir, su propósito es contribuir al fortalecimiento y liberación de los sectores históricamente dominados (Garelli et al., 2022).

En línea con la propuesta de la educación popular, la epidemiología social también nace a partir de las críticas al modelo dominante (epidemiología clásica) y propone perspectivas políticas de lucha contra la inequidad social. La epidemiología crítica actual se ancla en el estudio de la generación de eventos sanitarios a través del concepto de determinación social de la salud (Breilh, 2013; 2015; 2021). Para la epidemiología crítica no es posible reducir la investigación a la asociación estadística entre variables empíricas y la prevención de los daños a nivel individual (Breilh, 2015).

Así, también tiene implicancias políticas emancipatorias: propone una prevención “profunda” sobre procesos y no focalizada sobre individuos y factores. En un sentido similar, la epidemiología sociocultural (Almeida Filho, 2000; Sy, 2017) indica que lo que debería atenderse para comprender los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado son los modos de vida de las poblaciones y no sólo los factores de riesgo (como ciertas conductas o características de los sujetos) que podrían estar involucrados en la aparición de un problema de salud. Dichos modos de vida implican conocer las condiciones materiales que tienen ciertas poblaciones y la concepción simbólica de enfermedad y salud que movilizan. A partir de los trazos esquemáticos de estas corrientes de pensamiento, podemos reflexionar algunos aspectos del dengue.

4.1. Problemática colectiva, ligada a los modos de vida y no solo al individuo

Sostenemos que necesitamos repensar al dengue como una problemática colectiva, y no ya como un problema de una suma de individualidades. Reconocemos que la problemática es colectiva, por un lado, porque se comparten los mosquitos en diferentes puntos de un territorio, lo cual inutiliza su fragmentación en áreas demarcadas. Por otro lado, porque el dengue está inherentemente vinculado a las condiciones materiales de vida y a las prácticas culturales, las cuales son históricamente construidas por individuos y grupos que, a su vez, son creados y recreados por dichas condiciones. Entonces, el dengue está ligado al modo de vida (en particular, el urbano), tal y como lo propone la epidemiología sociocultural. La enfermedad está vinculada, por un lado, a condiciones materiales que, en algunos casos, están delimitadas por la presencia de infraestructuras deficientes (Ocampo Mallou et al., 2021). Por otro lado, el dengue está ligado a los estilos de vida, es decir, a los aspectos simbólicos relativos a la enfermedad, los cuales permiten explicar cómo se vive el peligro de contraerla y cuáles son las formas de protección que se habilitan. Por ejemplo, podemos observar una tensión en torno a las acciones preventivas en dengue en relación a qué valor le es otorgado a los recipientes que son potenciales criaderos del mosquito por parte de los ciudadanos (Ocampo Mallou, 2024).

Al ser el dengue considerado una problemática colectiva, cabe complejizar qué es el colectivo humano al cual nos referimos, ya no como agregado de individualidades biológicas, tal y como lo propone el Modelo Médico Hegemónico. Para pensar quiénes son los grupos humanos que se pretenden cuidar con las iniciativas en salud, proponemos abordar los niveles de sociabilidad que Juan Samaja desarrolla bajo la denominación de ontología estratigráfica (Samaja, 2014). Dichos niveles componen a la población humana y trascienden la reproducción de las necesidades biológicas. Las cuatro formas principales de organización colectiva que propone se reproducen simultáneamente: el estrato del organismo biológico (relaciones referidas a suplir los requisitos del mantenimiento de la vida orgánica); estrato comunitario (dimensión referida a la conducta de la persona al estar en alianzas familiares y comunitarias/barriales con otros); estrato estatal (dimensión política referida a la persona como sujeto de derechos; implica la organización del Estado); y estrato civil (dimensión vinculada a la reproducción de los modos de producción, a las formas de trabajo y consumo).

En cuanto a la organización de la sociedad, también es pertinente la determinación social de la salud esbozada por Jaime Breilh. Según este autor, la salud no obedece a un orden exclusivamente individual y los factores de riesgo solo permitirían recuperar una dimensión del fenómeno, que Breilh denuncia como “la punta

del iceberg” o la “salud directamente observable” (Breilh, 2013; 2015; 2021). De esta manera, se presenta una determinación social de la salud comprendida en tres dimensiones: existen ciertas contradicciones generales de la sociedad (dimensión general) que reproducen o conservan ciertos modos de vida grupales (dimensión particular) y estos, a su vez, influyen estilos de vida personales o familiares, que afectan a sus biología (dimensión singular). Se asume que hay un condicionamiento de los subsistemas de menor complejidad (por ejemplo, dimensión singular) sobre aquellos de mayor complejidad (por ejemplo, dimensión general). A su vez, hay movimientos de generación desde los estilos de vida (dimensión singular) hacia las condiciones de la sociedad (dimensión general), los cuales permiten la transformación de lo dado. En relación con el dengue, podemos considerar que en la dimensión general se sitúan algunos aspectos vinculados al crecimiento de una ciudad desigual y el modelo extractivista asociado, la tendencia económica a la generación exponencial de residuos y la dificultad acerca de cómo manejarlos. A su vez, en la dimensión particular, podríamos posicionar la vulnerabilidad socioambiental diferencial a la cual están expuestos los grupos humanos (presencia o no de basurales o dificultad en la provisión de agua potable). Y luego, a la dimensión singular, por ejemplo, podemos asociar los procesos de autoatención particulares de cada familia, las rutinas diarias vinculadas al trabajo o las costumbres asociadas al uso de recipientes y el manejo del agua.

4.2. Problemática territorial y no solo domiciliaria

Sostenemos que una mirada crítica sobre lo que es el espacio, como la de Milton Santos (Santos, 2000), nos facilitaría descentrar la visión de que el dengue es consecuencia de los comportamientos erróneos de los residentes en sus domicilios. La mirada miltónica nos permite pensar que aquello que es denominado como criadero es observado por los residentes como objetos que hacen al hogar (no solo por la relación física entre ellos, sino por las prácticas que los vinculan). Es decir, no resulta útil pensar los objetos/recipientes en los hogares como unidades independientes de estos, no enlazados a la vida que hace a dichas residencias. Así, cómo operar con los recipientes se vuelve un asunto a considerar caso a caso que no logra ser caracterizado *a priori* en las campañas de prevención de dengue. Adicionalmente, la sostenibilidad de la prevención está limitada por los patrones de consumo y las políticas de producción y reciclado de diferentes empresas. Dichas políticas en torno a los residuos sólidos se enmarcan, a su vez, en un modelo económico global que prioriza la externalización de los costos de aquellos productos que se venden (Basile et al., 2024). De esta forma, los recipientes también son objetos que tienen relación con lo que ocurre fuera de los domicilios. Por ejemplo, la ausencia de una política de reciclado de parte de algunas empresas que existen en nuestro país y que generan descartables (como las automotrices o las alimenticias) hace parte de la presencia de recipientes en los espacios públicos y privados que podrían ser caracterizados como criaderos de mosquitos. Así, si bien pueden eliminarse o reciclarse ciertos recipientes en ocasiones puntuales, la sostenibilidad de las acciones queda anclada a iniciativas que no dependen exclusivamente de los municipios o sus residentes.

Proponemos, entonces, que las operaciones de eliminación de criaderos se modifiquen en pos de abordar no solo la “punta del iceberg” (la existencia, descontextualizada, de los recipientes) sino considerando la prevención “profunda” (Breilh, 2013; 2015). Es decir, considerando los procesos que forman y generan la presencia de potenciales criaderos. Las operaciones podrían partir primeramente del uso del recipiente en los diferentes sectores involucrados (hogares, industrias, clubes), es

decir, del sistema de acciones (Santos, 2000) que lo anima, a los fines de respetar el sentido de cada objeto en el conjunto. Así, la eliminación de criaderos se intentaría realizar modificando dichos sistemas de acciones (por ejemplo, brindando infraestructura de agua potable o discutiendo prácticas culturales en torno a la estética del hogar o a la tenencia de mascotas).

Nading (2014) indica que en torno al dengue hay una mirada centrada en los hogares más que en las infraestructuras institucionales y materiales que los conectan. Es decir, el dengue se construye como si las vidas de las personas estuviesen física y biológicamente unidas pero al mismo tiempo social y económicamente fracturadas. Por el contrario, dichas vidas no solo están vinculadas socialmente, sino que, además, responden a relaciones asimétricas entre los grupos humanos que se espejan en el espacio, el cual, a su vez, las contribuye a reproducir. Así, las acciones de prevención y control del dengue dependen del territorio a atender, el cual se constituye a partir de diferentes actores sociales en conflicto (no solo quienes residen en un municipio), que significan al área física de distintas maneras. Es decir, las acciones de prevención de dengue operan como parte de un sistema de acciones políticas propias de este, que le dan un significado particular a los objetos.

Para realizar un trabajo territorial sobre el problema, proponemos desplazar la mirada biológica de las políticas públicas a un lugar más modesto y unificar programas dentro de un proyecto general de salud ambiental. Estos programas de salud implican respuestas a problemas anclados a las infraestructuras materiales de la ciudad (que incluye los problemas de agua potable, residuos sólidos, cloacas, formas de construcción de las viviendas), por ejemplo, las enfermedades gastrointestinales, respiratorias y las vinculadas a mosquitos y roedores. Dicho abordaje requiere que el dengue ya no sea pensado solo como un problema a solucionar por el sector salud del Estado, sino también por otras áreas institucionales, como las vinculadas a ambiente, desarrollo social, obra pública y que involucre la organización política de las propias comunidades. De esta manera, el dengue podría expandirse más allá del problema de abundancia de *Ae. aegypti*, como una forma de escuchar a las demandas de las comunidades. Como consecuencia, las personas podrían discutir las ejecuciones que amerite el problema tal y como fue definido en conjunto. Este abordaje implica superar la perspectiva domiciliaria que predomina en las implementaciones acerca del dengue. En este sentido, se necesitan actividades y asambleas que se propongan como alternativas a las fumigaciones y excedan lo propuesto tradicionalmente en los “descacharrados”.

4.3. Problemática de procesos participativos y no de comunicación unidireccional

Para los procesos participativos en salud cabe considerar que aquello sobre lo que precisamos intervenir no son objetos y personas aisladas sino relaciones. Las relaciones entre personas, objetos y seres no humanos, como los mosquitos, son las que agencian las epidemias y que también sostenemos que habilitan las soluciones. De esta forma, las intervenciones sobre las relaciones parecen necesariamente depender de la construcción de otra lógica para el campo de la salud, centrada, al menos, en incrementar las posibilidades territoriales de los centros de salud, y en el reconocimiento de quienes son sus usuarios. A su vez, para promover acciones que fomenten la participación social creemos necesario considerar qué saberes están implicados al momento de configurar la problemática del dengue. Es decir, necesitamos, además de acciones territoriales que generen el proceso participativo, un movimiento epistemológico, en el que los saberes, tanto científicos como no científicos, sean

considerados en condiciones de igualdad. Dicha condición de igualdad implica que ningún saber sea considerado *a priori* superior al otro como forma de aproximarse a los problemas de la vida en común.

Cuando consideramos los procesos participativos y el movimiento epistemológico asociado, sostenemos como acción constante un diálogo de saberes en el que conocimientos científicos y no científicos pueden ser discutidos para considerar una intervención deseable común en torno a un problema. El establecimiento de un diálogo de saberes es un proceso (Torres Carrillo, 2011), es decir, no ocurre de un momento a otro, sino que resulta necesario construir las condiciones para que dicho diálogo pueda generarse. En particular, algunas dificultades para realizar este diálogo se vinculan con el hecho de que en la sociedad actual y desde la hegemonía del modelo médico no se fomenta ni una cultura participativa ni iniciativas que habiliten la posibilidad de escuchar los saberes no científicos. El proceso de diálogo de saberes puede ser conflictivo y largo, especialmente considerando las desigualdades de saber y de poder de los diferentes actores vinculados a la problemática en cada territorio (Garelli et al., 2024). A su vez, cualquier actor en un conflicto o problemática sanitaria no será un agente poseedor de un solo conocimiento sino que suelen existir transacciones (Menéndez, 2015) entre los saberes, es decir, los saberes “experto” y “popular” se movilizan con más o menos intensidad entre los agentes.

En el proceso dialógico, consideramos de gran importancia aquellos saberes populares o de experiencia de vida (Garelli et al., 2024) que puedan aportar a identificar territorialmente los principales puntos problemáticos en relación con el asunto a tratar (en este caso el dengue), los procesos que reproducen las condiciones para que estos se presenten y la construcción de alternativas o demandas para la resolución. A su vez, así como al abrir un proceso de diálogo se ponen en juego saberes, también entendemos que hay emociones implicadas como miedos y dudas. En nuestra experiencia, las dudas expresadas por las poblaciones de distintos territorios suelen ser elevadas y similares a lo largo del tiempo, siendo testimonio del fracaso de las políticas públicas en el encuentro con las comunidades, en particular de la comunicación y educación hegemónicas en salud.

En sintonía con proponer un diálogo de saberes, consideramos relevante establecer espacios en los centros de salud, o bien en instancias de articulación con los grupos científicos, que permitan conocer cómo los residentes y los agentes sanitarios observan la problemática del dengue, qué acciones realizan en torno a esta y qué actividades les parecen deseables realizar. Es decir, fomentar mesas de diálogo estables entre organizaciones barriales, ciudadanos, profesionales de salud y gestores de las áreas programáticas. Dichas mesas permitirían romper con la idea de que hay sujetos que producen información desde los ministerios y las gestiones de los municipios y otros quienes simplemente la reciben, los ciudadanos y agentes sanitarios (Briggs, 2005). Es decir, desarmar el imaginario que sostiene que cuanto más información científica circula mejores prácticas preventivas se establecen. Dicha forma de considerar la prevención (modelo de creencias en salud) se sostiene en propuestas didácticas vinculadas a los modelos de transmisión-recepción que supone a ciertos sujetos como vaciados de conocimiento. Estas consideraciones no implican que no sea útil que circule información científica. Todo lo contrario, sabemos que numerosas personas ignoran el conocimiento construido desde los ámbitos científicos o sanitarios y que permitir la accesibilidad de información para decidir es necesario. Lo que queremos enfatizar, entonces, es que el peso de la prevención no debería colocarse solo en esto ni asumirse al proceso de compartir conocimientos como un movimiento unidireccional de asimilación. Nuevamente, proponemos comprender, primero, si el dengue es

considerado un problema para los grupos a quienes se intenta cuidar, y de esta forma, observar qué acciones u omisiones realizan dichos colectivos.

Sostenemos que estos espacios de diálogo, además, serían esenciales para desarmar algunas miradas culpabilizantes que suelen aparecer en torno a ciertos vecinos que no realizan las acciones de prevención demandadas por los servicios de salud. De la misma manera, podrían ser relevantes para discutir el rol asignado a las fumigaciones como estrategias de control respecto del dengue. En este sentido, permitirían reflexionar sobre el valor político de las fumigaciones (Ocampo, Blois & Carbajo, 2020), el origen de este y la necesidad consecuente de generar alternativas.

En otro ejemplo muy esquemático en relación con el diálogo de saberes y posibles conflictos asociados, consideramos, por un lado, que cuando alguna persona experta advierte la presencia de criaderos de *Ae. aegypti*, lo hace desde una distinción que es propia de una disciplina científica. Sin embargo, para muchos ciudadanos el criadero en buena medida puede no existir, lo que existen son recipientes u objetos que tendrán o no algún tipo de funcionalidad presente o futura en el hogar. En este sentido, pedirle a los ciudadanos simplemente que eliminen los criaderos del mosquito no es claro. La mayoría de las personas no distingue a la diversidad de recipientes presentes en cada hogar particular como potenciales criaderos, tal y como lo haría un experto. Lo mismo podemos pensar de “la basura”. Suponemos que cuando un agente de salud le pide a los vecinos que “retiren su basura y limpien”, todos entenderán qué es la basura. Sin embargo, lo que parece ser basura para algunos puede ser un recurso económico para otros.

Finalmente y como ya mencionamos, la ausencia de una comunicación horizontal entre los actores sociales podemos asociarla a la falta de una democracia plena. Esta falta atenta contra la salud de las poblaciones y habilita el establecimiento de enfermedades como el dengue. Para ello parece necesario incentivar acciones estatales y también no estatales, autogestivas, que permitan establecer miradas amplias sobre los problemas de salud. En este sentido, sostenemos el horizonte deseable de asambleas y autoconvocades quienes recuperan una mirada del barrio como espacio de participación política, al revalorizar el espacio público y a la ciudadanía como una acción activa (Suárez, 2016).

5. Conclusiones

A lo largo del recorrido realizado expusimos algunas críticas a los abordajes habituales en torno al dengue y ciertas posibilidades y propuestas alternativas para pensar en ellos. Observamos que el dengue es concebido como un problema exclusivamente biomédico, en el que las prácticas hogareñas se medicalizan,ocluyendo otras formas de asumir la enfermedad en las poblaciones humanas. Como consecuencia consideramos que opera un proceso de empobrecimiento epistemológico. Este remite a categorías que son precarias desde su formulación original (aquí, en las perspectivas dominantes). Dicha pobreza puede observarse por comparación con otras categorías (provenientes, en este análisis, de la epidemiología alternativa latinoamericana y la educación popular) que buscan dar cuenta del mismo fenómeno (Lamberti, 2021). Como hemos argumentado, entonces, el dengue puede ser estudiado e intervenido, superando ese empobrecimiento, como un problema colectivo, territorial y ligado a las decisiones tomadas a partir de diálogos de saberes.

También queremos destacar que la posibilidad de estudiar el dengue en Argentina queda anclada a promover un proyecto de investigación descolonizadora que pueda nombrar nuestras realidades latinoamericanas a partir de la propia riqueza de los

saberes de nuestros territorios y no desde la epistemología del Norte Global (Grosfoguel, 2006). Una investigación descolonizadora implica reconocer la presencia de un modelo civilizatorio basado en múltiples jerarquías imbricadas (raciales, de género, de clase social) que fue impuesto a partir del colonialismo. A partir de ese momento, se han sentado las bases para las asimetrías mundiales modernas, en particular, para el establecimiento de una economía capitalista en la cual Argentina es un país inferiorizado. En este contexto, la perspectiva descolonizadora implicaría repensar el seguimiento acrítico de los lineamientos de organismos internacionales de salud, quienes continúan promoviendo abordajes estandarizados (Basile et al., 2024) sobre las múltiples formas de vivenciar el dengue en Latinoamérica. Incentivamos, entonces, la realización de estudios anclados en la educación popular y la epidemiología crítica y sociocultural, desarrolladas por académicos y comunidades de nuestros países con la perspectiva de emancipación de quienes son oprimidos. Necesitamos más estudios científicos que contribuyan a observar cómo el dengue se vincula con la inequidad de género, étnica y de clase social, en una clave interseccional. Del mismo modo, para lograr intervenir desde estas perspectivas alternativas, buscamos generar espacios de formación que permitan a investigadores, agentes de salud y distintos decisores realizar una reflexión respecto de sus propios procesos de trabajo y conocer otros marcos teóricos.

Queremos enfatizar, finalmente, que las propuestas son solo sugerencias que quizás puedan contribuir a mejorar la prevención del dengue, pero que, como cualquier enunciación propositiva, debe ser repensada en los contextos específicos de acción. Como toda síntesis, debe volver a la práctica y realimentarse, transformarse, mejorarse. Así, solo queremos dejar constancia de formas que consideramos relevantes para propiciar procesos democráticos y de reflexión al interior de las instituciones sanitarias y de distintas organizaciones sociales, los cuales sostenemos como esenciales para generar salud en los colectivos humanos.

Bibliografía

ANÓNIMO, 2024.

Ase, I. (2006). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva*, 2(2), 199-218. doi: 10.18294/sc.2006.66.

Ase, I., & Burijovich, J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47. doi: 10.18294/sc.2009.229.

Bardach, A. E., García-Perdomo, H. A., Alcaraz, A., López, E. T., Ruano Gándara, R. A., Ruvinsky, S., ... & Giganti, M. J. (2019). "Interventions for the control of *Ae. aegypti* in Latin America and the Caribbean: systematic review and meta-analysis." *Tropical Medicine & International Health*, 24(5), 530-552. doi: 10.1111/tmi.13217.

Basile, G., Santos, O., Hernández Reyes, A., & Lima, L. (2024). *Crisis epidemiológica del Dengue en Latinoamérica y el Caribe*. Ediciones Grupo de Trabajo CLACSO. Salud internacional y soberanía sanitaria. <https://www.clacso.org/crisis-epidemiologica-del-dengue-en-latinoamerica-y-el-caribe-determinacion-de-procesos-criticos-urbanos-mortalidad-agravada-y-la-impotencia-de-la-salud-publica/>

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(1), 13–27.

Breilh, J. (2015). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Breilh, J. (2021). *Critical epidemiology and the people's health*. Nueva York. Oxford University Press.

Briggs, C. L. (2005). Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: Aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*, 14, 101-124. doi: 10.5209/rev_RASO.2005.v14.10271.

Cafferata, M. L., Bardach, A., Rey-Ares, L., Alcaraz, A., Cormick, G., Gibbons, L., ... & Derman, B. (2013). Dengue Epidemiology and Burden of Disease in Latin America and the Caribbean: A Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *Value in Health Regional Issues*, 2(3), 347–356. doi: 10.1016/j.vhri.2013.10.002.

Comes, Y., & Stolkner, A. (2005). ‘Si pudiera pagaría’: Estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, (22), 137-143.

Dubet, F. (2021). *¿Por qué preferimos la desigualdad? Aunque digamos lo contrario*. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.

Dusfour, I., & Chaney, S. C. (2021). Mosquito control: Success, failure and expectations in the context of arbovirus expansion and emergence en *Mosquitopia. The place of pests in a healthy world* Hall, M. & Tamir, D. (Eds.) (pp. 213-234). Londres. Routledge.

Freidin, B., Ballesteros, M., & Wilner, A. (2019). Navegando por los servicios de salud públicos: experiencias de mujeres de sectores populares en la periferia de Buenos Aires. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 73-86. doi: 10.1590/S0104-12902019170987.

Garelli, F., & Dumrauf, A. (2022). Educación en Salud desde la Educación Popular: propuestas para el abordaje del dengue/chikungunya/zika. *Pro-Posições*, 33, 1-30. doi: 10.1590/1980-6248-2020-0127es.

Garelli, F., Mengascini, A. S., Dumrauf, A. G., & Cordero, S. (2022). *Encender otras llamas. Educación popular y salud desde bachilleratos populares*. Buenos Aires. Muchos Mundos Ediciones.

Garelli, F., Mengascini, A., Dumrauf, A., & Cordero, S. (2024). Educación en Salud y Educación Popular: ideas para problematizar, dialogar y transformar. *Paulo Freire, Revista de Pedagogía Crítica*, 30, 125-145. doi: 10.25074/pfr.v0i30.2537.

Grosfoguel, R. (2006). La descolonización de la economía política y los estudios postcoloniales: transmodernidad, pensamiento fronterizo y colonialidad global. *Tabula Rasa*, (4), 17-46. doi: 10.25058/20112742.245.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República (INDEC) (2022). *Población urbana en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/poblacion_urbana_dnp.pptx_.pdf

- Krieger, N. (2011). *Epidemiology and the people's health*. Nueva York. Oxford University Press.
- Lamberti, M. (2021). *La relación entre la ecología y los organismos intergubernamentales: un análisis comparado de las nociones de 'disturbio' y 'driver' desde la epistemología de la ecología*. [Tesis de Grado]. Facultad de Ciencias Exactas y Naturales, Universidad de Buenos Aires.
- Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Menéndez, E. (2020). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Remedios de Escalada: De la UNLa.
- Mera, G. (2020). "Migración y vivienda en la Aglomeración Gran Buenos Aires: un estudio sobre condiciones habitacionales a partir de una tipología de áreas residenciales." *Territorios*, (43), 246–277. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/territorios/a.8177>
- Minayo, C. (2018). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2016). *Directrices para la prevención y control de Ae. aegypti*. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000235cnt-01-directrices-dengue-2016.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2024). *Boletín Epidemiológico Nacional N°717 SE* 32. <https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2024>.
- Ministerio de Salud de la Nación (MSAL). (2025). *Plan de preparación y respuesta integral a epidemias de dengue y otras enfermedades arbovirales*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/08/plan_de_preparacion_arbovirus_2782024.pdf
- Nading, A. (2014). *Mosquito trails: Ecology, health, and the politics of entanglement*. University of California Press.
- Ocampo Mallou, C., Blois, P., & Carbajo, A. E. (2020). El dengue, ¿un problema para quién? *Scripta Ethnologica*, 42, 65-96.
- Ocampo Mallou, C., Blois, P., Rodríguez, E., & Carbajo, A. (2022). '¡Ay, si es un mosquito de mierda!': Dengue y acceso a los servicios de salud de un municipio de Buenos Aires. *Revista De Antropología Social*, 32(1), 53-67. doi: 10.5209/raso.87299.
- Ocampo Mallou, C., Blois, P., Rodríguez, E., di Pasquo, F., & Folguera, G. (2023). El dengue y la diversidad: lo que silencia la epidemiología clásica. *Tabula Rasa*, 46, 213-236. doi: 10.25058/20112742.n46.10.
- Ocampo, C., Blois, P., Gómez, L., & Rendón, C.(2021a). Saberes que se privilegian, seguridades que se contabilizan: : estrategias de control de dengue en un municipio de Buenos Aires (Argentina). *Papeles De Trabajo. Centro de Estudios Interdisciplinarios*

en *Etnolingüística y Antropología socio-cultural*, (42), 144–161.
<https://doi.org/10.35305/revista.vi42.196>.

Ocampo Mallou, C., Busan, T., Rodríguez, E., Lamberti, M., & di Pasquo, F. (2021b). El dengue en su laberinto: políticas mosquitocentradas en *Filosofía e historia de la ciencia y sociedad en Latinoamérica. Vol. 1: Ambiente y sociedad/Política científica* Bernabé, F, di Pasquo, F., Giri, L., Rendon, C. & Sutz, J. (Eds.), (pp. 72-87). Santiago de Chile: Associação de Filosofia e História da Ciência do Cone Sul (AFHIC).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). *Informe de situación N° 44. Situación epidemiológica del dengue en las Américas*
<https://www.paho.org/es/documentos/informe-situacion-no-44-situacion-epidemiologica-dengue-america-semana-epidemiologica>.

Oszlak, O. (2017). *Merecer la ciudad. Los pobres y el derecho al espacio urbano*. (pp. 21-48). Buenos Aires: EDUNTREF.

Rangel-S, M. L. (2008). Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), 433-441. doi: 10.1590/S1414-32832008000200018.

Samaja, J. (2014). *Epistemología de la Salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires. Lugar Editorial.

Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio: técnica y tiempo, razón y emoción*. Barcelona. Ariel.

Segata, J. (2017). O *Ae. aegypti* e o digital. *Horizontes Antropológicos*, 8(23), 19–48. doi: 10.1590/s0104-71832017000200002.

Spiegel, J., Bennett, S., Hattersley, L., Hayden, M. H., Kittayapong, P., Nalim, S., ... & O'Dempsey, T. (2005). Barriers and bridges to prevention and control of dengue: the need for a social–ecological approach. *Ecohealth*, 2(4), 273-290. doi: 10.1007/s10393-005-8388-x.

Spinelli, H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*, 12(2), 149–171. doi: 10.18294/sc.2016.976.

Suárez, F. (2016). *La Reina del Plata, Buenos Aires: sociedad y residuos*. Los Polvorines. Ediciones UNGS.

Suárez, M. R., Olarte, S. M., Ana, M. F., & González, U. C. (2005). Is what I have just a cold or is it dengue? Addressing the gap between the politics of dengue control and daily life in Villavicencio-Colombia. *Social Science & Medicine*, 61(2), 495-502. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.069.

Sy, A. (2017). Socio/Ethno-epidemiologies: proposals and possibilities from the Latin American production. *Health Sociology Review*, 26(3), 293–307. doi: 10.1080/14461242.2017.1368402.

Tapia-López, E., Bardach, A., Ciapponi, A., Alcaraz, A., García-Perdomo, H. A., Ruvinsky, S., ... & Giganti, M. J. (2019). Experiencias, barreras y facilitadores en la implementación de intervenciones de control del *Ae. aegypti* en América Latina y el

Caribe: estudio cualitativo. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5), e00092618. doi: 10.1590/0102-311x00092618.

Torres Carrillo, A. (2011). *Educación popular: Trayectoria y actualidad*. Caracas. Universidad Bolivariana de Venezuela.

Torres, J. R., Orduna, T. A., Piña-Pozas, M., Vázquez-Vega, D., & Sarti, E. (2017). Epidemiological characteristics of dengue disease in Latin America and in the Caribbean: a systematic review of the literature. *Journal of Tropical Medicine*, 8045435. doi: 10.1155/2017/8045435.