

# DENGUE 2009–2017: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

---

## DENGUE 2009–2017: PUBLIC POLICIES IN HEALTH IN THE PROVINCE OF CÓRDOBA

---

JOSÉ EMILIO ORTEGA<sup>1</sup> Y SANTIAGO MARTÍN ESPÓSITO<sup>2</sup>

---

*Fecha de recepción: 30/09/2017*

*Fecha de aceptación: 19/10/2017*

### RESUMEN

El dengue es una enfermedad de interés en salud pública por su impacto en la morbilidad y mortalidad en el contexto mundial, regional y nacional. En 2009, la recolonización del *Aedes aegypti*, vector del dengue en la Argentina y en la Provincia de Córdoba generó una crisis sanitaria. Analizaremos el rol de Estado Provincial como responsable de políticas públicas sanitarias, abordando la implementación de éstas a partir de una evaluación razonable y cuidadosa de la realidad, teniendo en cuenta que el derecho a la salud, analizado en clave del Estado Social de Derecho, es un verdadero derecho fundamental.

---

### ABSTRACT

Dengue is a disease of interest in public health due to its impact on morbidity and mortality in the global, regional and national context. In 2009, the recolonization of *Aedes aegypti*, a vector of dengue in Argentina and in the Province of Córdoba, generated a health crisis. We will analyze the role of the Provincial State as responsible for public health policies, addressing the implementation of these policies based on a reasonable and careful evaluation of reality, taking into account that the right to health, analyzed in the Social State Law, is a true fundamental right.

---

<sup>1</sup> Abogado (UNC), Licenciado en Enseñanza en Ciencias del Ambiente (UNC), Magister en Partidos Políticos (UNC), Profesor de "Derecho Público Provincial y Municipal" en la Facultad de Derecho (UNC) y "Legislación Educativa" (UBP). Ejerció diferentes funciones en la función pública: Gerente General de Asuntos Legales –a cargo de la Dirección de Recursos Humanos en Salud–; Secretario de Coordinación Técnico Administrativa; y Subsecretario de Asuntos Institucionales del Ministerio de Salud de la Provincia (2006–2011) y como Secretario de Coordinación y Gobierno del Ministerio Jefatura de Gabinete (2011–2013); Prosecretario Legislativo (2016–actualidad). Correo Electrónico: joseemilioortega@hotmail.com

<sup>2</sup> Abogado (UNC), Magister en Estudios Internacionales (Universidad de Barcelona), Profesor de "Derecho Público Provincial y Municipal" en la Facultad de Derecho (UNC). Subdirector en la Legislatura de la Provincia de Córdoba. Correo Electrónico: santiagomesposito@gmail.com

Palabras Claves: Dengue, Derecho Sanitario, Políticas Públicas, Dengue, Provincia de Córdoba

---

Key Words:

Dengue, Health Law, Public Politics, Dengue, Province of Córdoba

## I. Introducción

Transitando ya la segunda década del siglo XXI, nos afirmamos en una consolidada visión doctrinaria, que supera y complementa el planteo jurídico, la cual afirma el derecho humano “a la salud”, presentándola como mucho más que el aseguramiento o acceso a la atención. Esa visión doctrinaria, posee una proyección en la práctica institucional que, consecuentemente, pretende resolver un conjunto muy importante y siempre creciente de asuntos dentro de su órbita y con ello facilitar de modo operativo e instrumental, el grado de bienestar de individuos y comunidades encauzando la expectativa y atendiendo el requerimiento de provisión del bien público asistencial.

Para promover y garantizar este derecho en su dimensión colectiva, se proponen intervenciones diversas: desde las de tipo global, político y legislativo, hasta las más específicas del orden sectorial, estructural, normativo, programático y técnico<sup>3</sup>.

Si bien comenzó a gestarse antes de la Primera Guerra Mundial y se afirmó en el período entreguerras o primera posguerra, es durante la segunda posguerra cuando se afirma. En 1948 la Organización Mundial de la Salud promulgó su ya clásica definición de salud: “Completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>4</sup>. Este estado de bienestar y ausencia de enfermedades se traduce en un proceso dinámico y, si se quiere, dialéctico. El concepto de salud va más allá del campo biológico y lleva implícita una idea sanitarista y una responsabilidad social, en la que permanentemente se va determinando cuáles son los recursos materiales y humanos que el Estado y la sociedad destinan al objetivo de garantizar a los ciudadanos ciertas condiciones en las cuales su salud individual y colectiva debería mantenerse en ciertos parámetros, como contribución específica y concreta a mejores y objetivas condiciones de vida digna<sup>5</sup>.

La asunción por parte del Estado de un compromiso con los ciudadanos que reemplaza a la idea liberal de un equilibrio natural, supuso una drástica modificación de reglas y conductas, en un sinnúmero de direcciones. En el mundo, a lo que no ha sido ajeno nuestro país, el desarrollo de un modelo la salud pública ha sido y continúa siendo el resultado de una pugna de intereses sociales y económicos, a veces arbitrada y a veces promovida por el propio Estado.

La legislación sanitaria debiera ser un referente básico en la definición del rol del Estado en Salud, trascendiendo la idea de ausencia de enfermedad e involucrando condiciones de bienestar individual y colectivo.

A continuación, abordaremos lo ocurrido en la provincia de Córdoba durante el período 2009 - 2017, con relación a los brotes de dengue y la actuación estatal en diversas fases de ese ciclo.

---

<sup>3</sup> ALONSO CABRERA, Gustavo (2004): Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX, *Revista Colombia Médica*, n° 3, 2004, p.165.

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud (2006): Constitución de la Organización Mundial de la Salud ([http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)) (Fecha de Consulta: 22 de agosto de 2017).

<sup>5</sup> ARANGO VÉLEZ, Alba Lucía (2007): Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho, *Hacia La Promoción de la Salud*, Vol. 12, p. 66.

## II. Contexto

Como es sabido, durante el año 2009 la República Argentina padeció un severo brote epidémico de dengue (serotipo 1). La primera aparición de esta enfermedad data de 1916, erradicándose el vector mosquito *Aedes aegypti* en la década de 1960. Reaparece en 1984. Desde 1998 se presentó con brotes esporádicos.

Desde mediados de la década pasada, el dengue es caracterizado nacional e internacionalmente como un problema<sup>6</sup> sanitario. En 2013, la Organización Mundial de la Salud estimó que entre 50 y 100 millones de personas contraen la enfermedad<sup>7</sup>.

En aquel año 2009, los casos confirmados en el país, llegaron al final del brote a poco más de 27.000 infectados, afectando principalmente a 13 provincias (en total llegó a 19 jurisdicciones): Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Chaco, Entre Ríos, La Rioja, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, Corrientes y Catamarca, como así también a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Once de ellas, no habían registrado nunca casos autóctonos (producidos sin migración del contagiado) de dengue. Debemos destacar el nexo con brotes en países limítrofes: en 2008, se habían registrado 909.000 casos en toda América, con 19.594 de dengue hemorrágico, también conocido como “grave” o “complicado” (306 muertos)<sup>8</sup>. En el crítico año siguiente, 23 países registraron brotes, 15 con dengue complicado y muertos (letalidad del 5 al 15% de infectados)<sup>9</sup>.

La propagación del dengue encontró un ámbito propicio en la región. Al aumento de la población del *Aedes aegypti* por causas fundamentalmente climáticas (que expanden y aceleran la reproducción e incubación) y de comportamientos individuales y colectivos poco previsores, sumamos la ausencia de vacuna para prevenir la enfermedad y la persistencia de fallas sanitario-ambientales: Urbanización no planificada, insuficiencia en la provisión de agua potable, ineficiente gestión de los residuos sólidos en gran parte de los municipios del país, resistencia del *Aedes aegypti* a los insecticidas, y una casi inexistente coordinación interjurisdiccional.

## III. La situación en el país en 2009. El caso de Córdoba

En 1984, como indicábamos supra, se detectó el regreso del vector *Aedes Aegypti*, principalmente en noreste argentino, Buenos Aires, La Pampa y Mendoza. Apareció también el vector *Aedes albopictus*, en Misiones y Corrientes. Entre los años 1997 y 2008, se verificaron en el país 3.452 casos, 15 % de ellos importados, abarcando provincias del noreste argentino, Salta y Jujuy<sup>10</sup>. Entre 2008 y 2009, abarca noroeste y el noreste argentino, Región Centro, Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En Córdoba, entre 2000 y 2008, se manifestaron 11 casos (todos importados). A fines del último año de la serie-2008- se verifican entre cuatro y cinco de los once detectados

---

<sup>6</sup> El conflicto es la queja, el malestar, la amenaza imprecisa pero latente, no comprobada como un auténtico problema. En cambio, cuando hablamos de problema, nos referimos a una falla cierta en el entorno, comprobada o comprobable, verificada o verificable, que puede ser reversible o irreversible. (ORTEGA, José Emilio y Darío SBARATO (2012): ¿Desde que mañana vemos el hoy? El tiempo de la coordinación, Ministerio de Salud de Córdoba, Córdoba, p. 96.)

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud, Enfermedades transmitidas por vectores (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/index2.html>) (Fecha de Consulta: 25 de junio de 2015)

<sup>8</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2009), Situación del Dengue en Argentina – Primer Semestre de 2009 n° 44, Boletín Epidemiológico Periódico, Buenos Aires, p. 8.

<sup>9</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2009), Protocolo de Acciones de Control de *Aedes aegypti* (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2009/acta-02-09/anexo-7-control-de-vectores-02-09.pdf>) (Fecha de Consulta: 25 de agosto de 2015).

<sup>10</sup> CASTRILLÓN, María Elena, Noelia ITURRIETA, Sergio CATIVELLI, et al (2010): Hallazgos ultrasonográficos en pacientes con Dengue: revisión de la literatura en Revista argentina de Radiología, n° 1, p. 72.

durante todo el período. Ello enciende la alarma en el Ministerio de Salud provincial. En los primeros meses de 2009, el tema adquiere proporciones de crisis, y se transforma en un “problema público”<sup>11</sup>, estalla el brote en la Provincia, con 175 casos notificados confirmados<sup>12</sup>. El pico del brote se dio entre el 13 y el 19 de abril, con 294 notificaciones de casos “sospechosos”. En paralelo, a nivel nacional, -conforme a datos del Ministerio de Salud de la Nación- se infectaba una persona cada dos minutos (unas 26 por hora)<sup>13</sup>. Con los primeros indicios de un aumento de casos en los últimos meses de 2008, y dado que los primeros casos confirmados en Córdoba eran importados de otras jurisdicciones (la comunidad boliviana que es muy importante particularmente en la Ciudad Capital y de provincias del norte del país), la Provincia decidió no esperar a la instrumentación de un plan nacional, que finalmente no llegaría sino hasta agosto de 2009, ya con otra conducción ministerial federal.

El Ministerio de Salud provincial, asumiéndose responsable causal de la futura pero inminente política pública<sup>14</sup>, comenzó a desarrollar desde las últimas semanas de 2008, una estrategia sanitaria de intervención, para la jurisdicción, en base a una gestión integrada y adoptando desde el inicio reglas institucionales de tipo estructuralista. Kelsen defenderá la idea de que el derecho es “norma y sólo norma”, pero cierto es que, en tanto instrumento de abordaje de problemas públicos, conlleva implícitos factores sociales, económicos, políticos y culturales. No se trata de normatividad pura y abstracta, sino que moldea las relaciones y comportamientos sociales, generando nuevas interacciones e interrelaciones, y con ello cambios. Apenas iniciado 2009, se producen en la cartera los primeros instrumentos mediante la Resolución 200/09 del Ministerio de Salud: declaración de la alerta sanitaria, la constitución de un Comité de Expertos y de la Sala de Situación, y la distribución de las responsabilidades del modo que se señala a continuación:

- Ministro: Conducción General, organización del esquema hospitalario y comités, difusión y relaciones institucionales.
- Secretaría de Programación Sanitaria: Coordinación de la sala de situación y comité de expertos, enlace con otras dependencias del Poder Ejecutivo.
- Secretaría de Gestión Hospitalaria: Apoyo a la organización de hospitales (relevamiento e incremento de RR.HH., Equipamiento, infraestructura, etc.).
- Secretaría de Coordinación Técnico Administrativa: Gestión simplificada de toda la tramitación y gestión administrativa y desarrollo de instrumentos jurídicos.
- Subsecretaría de Integración Sanitaria: Trabajo conjunto con municipios y comunas<sup>15</sup>.
- Área de Epidemiología: Trabajos en terreno, notificaciones y remisión de muestras, procesamiento y validación de la información.
- Hospital Rawson (ciudad Capital, especializado en infectología) y Laboratorio Central (ciudad de Córdoba, receptor de las muestras de los “casos sospechosos”): Principales efectores involucrados.

<sup>11</sup> SUBIRATS, Joan (1989): Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, p. 20.

<sup>12</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2009): Op. Cit.

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> OSZLAK, Oscar y Edgardo ORELLANA (2001): “El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI”, en Top.org.ar.

<sup>15</sup> En 2008, la Provincia presentó el Pacto Sanitario Provincia-Municipios en el que la Provincia se dividió en 22 Zonas de Integración Sanitaria (dejando de lado el concepto de “zonas”) y se creó un Consejo Provincial de Salud integrado por representantes de cada una de ellas, con el objetivo de perfeccionar el sistema decisorio sectorial mediante un acuerdo institucional marco, multilateral, en los que los municipios y Provincia puedan cooperar y concertar estrategias sanitarias, promoviendo “Polos de integración”: (ORTEGA, José Emilio y Cintia GODDIO (2009): “Integración Sanitaria de la Provincia de Córdoba” en ORTEGA, José Emilio y Federico ZAVALLEY (dirs.): Práctica Jurídica de la Salud Pública, Ministerio de Salud de Córdoba, p.23).

Entre las principales acciones, con fundamento en la Ley 9.454 -noma de Ministerios vigente por entonces-, la cual otorgaba a la cartera sanitaria la posibilidad de elaborar planes de campañas sanitarias destinadas a lograr el control de enfermedades endémicas, destacamos:

- Control de foco, en particular en zonas urbanas
- Monitoreo de infestación aérea
- Declaración de alerta sanitario
- Organización del Comité de Expertos
- Organización de la Sala de Situación
- Reforzamiento infraestructura y equipamiento hospitalario y de laboratorio
- Incremental RR.HH.
- Trabajo en terreno (voluntariado)
- Capacitación (Equipo de Salud, Municipios, Escuelas, Organizaciones no gubernamentales, etcétera)
- Difusión, Prensa y Comunicación
- Relaciones institucionales (organismos del Estado Provincial y Nacional, Municipios y Comunas, Universidades, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación)

#### **IV. Crisis, problema y construcción de la política pública.**

Cuando llega el pico del brote, en los primeros meses de 2009, impacta notablemente en la conciencia colectiva de la ciudadanía cordobesa. Lo muestra claramente una encuesta sobre 500 casos en la Ciudad Capital encargada por el Ministerio de Salud provincial, en abril de 2009. El dengue era considerado por los encuestados en ese momento, el tercer problema colectivo en importancia (12%)<sup>16</sup>. Aunque paradójicamente sólo el 9 % de los hogares poseía mosquiteros en todas sus ventanas (elemental medida de prevención contra la enfermedad). Asimismo, el 49% consideró que el Estado Nacional tenía más responsabilidad en la lucha contra la enfermedad (el 19% atribuyó ese rol a la Provincia y el 17% al Municipio). El 78% de la población, se manifestó “muy preocupada” por el dengue.

En agosto de 2009, el nuevo Ministro de Salud de la Nación (la crisis acabó en pocos meses con la inexperta gestión anterior) declaró alerta sanitario a nivel nacional (y se mantenía el provincial); estabilizándose la situación respecto a nuevos casos de dengue, debido al decurso de los meses de invierno (aunque la población continuaba conmovida por un nuevo brote epidémico: la gripe A H1N1). Con el cambio de autoridades ministeriales en la Nación, se apreció una profunda renovación en la visión federal en la lucha contra el dengue.

Las autoridades nacionales entonces asumidas, con un enfoque del problema muy similar al propuesto por Córdoba, consolidaron la vocación de afianzar una estrategia de gestión y control integrado, con el objetivo de enfrentar con eficiencia y eficacia al brote esperado para la primavera y verano 2009.

Pero para entonces, la Provincia de Córdoba se había anticipado largamente, definiendo una temprana política pública en materia de prevención y control del dengue. Por iniciativa del Ministerio de Salud (un anteproyecto trabajado en equipo), el Poder Ejecutivo envió a la Legislatura un proyecto de ley denominado “Plan Director de Lucha contra el Dengue”, aprobado por unanimidad (Ley 9.666, reglamentada por el Decreto

<sup>16</sup> Encuesta realizada por DELFOS (abril de 2009): Opinión Pública e Investigación de Mercado. Informe Cuantitativo. Dengue: Ciudad de Córdoba.

1.441/09)<sup>17</sup>. Se consideró necesario reforzar el andamiaje normativo y operativo con una planificación que formalice y vertebralice la concertación de objetivos y acciones.

Se lo denominó “director”, porque se lo consideró un instrumento ordenador de todos los componentes integrados por la estrategia sanitaria. Es básicamente cualitativo, finalista y atemporal. Requiere para su implementación de una autoridad de aplicación, así como también mecanismos de control y seguimiento (evaluación). Resulta necesaria la evaluación epidemiológica y entomológica que establezca un sistema de monitoreo que permita identificar los avances, estancamientos y retrocesos, tanto en términos de resultados como de impacto, logrando medir la efectividad de las acciones que se implementan. De esta manera se pueden plantear las modificaciones que sean necesarias. La Ley 9.666, recepta tendencias y experiencias tanto del ámbito comparado como de la casuística de Córdoba, y se articula con el plan federal lanzado en agosto de 2009. Procura estimular la acción integrada, sobre ciertos pilares:

- a) Respeto a los derechos-deberes individuales y colectivos relacionados con la salud<sup>18</sup>, el medio ambiente y la participación ciudadana
- b) Se trata de una norma de orden público (sanitario, ambiental, administrativo)
- c) Respeto a la autonomía municipal<sup>19</sup> y promoción de la integración entre jurisdicciones
- d) Respeto a la posibilidad de actuación de Organizaciones de la Sociedad Civil<sup>20</sup> y promoción de la articulación en redes

La ley recoge buena parte de los instrumentos desarrollados en el primer semestre del año. Entrando a su análisis, la primera parte de la norma aprueba el Plan Director, autorizando al Ministerio a la aplicación del mismo. Se crea un Comité de Seguimiento<sup>21</sup>, que dada su diversa integración formaliza el “acuerdo político administrativo”, formado con representantes de los Ministerios de Salud, de Educación, de Obras y Servicios Públicos; Secretaría de Ambiente; Comisión de Salud de la Legislatura de la Provincia; y tres representantes designados por los municipios y comunas de la Provincia, uno de los cuales será de la ciudad de Córdoba. La ley invita a la adhesión de Municipios o Comunas, pero se trata de una norma de orden público<sup>22</sup>, dada la necesidad de proteger bienes y principios esenciales para la consecución de los objetivos, sin coartar derechos individuales y autonomía municipal (status jurídico particular relacionado con los objetivos sanitarios).

El Plan Director establece, como objeto, una estrategia de gestión integrada en su artículo 1 “para evitar, contener y prevenir la multiplicación de casos de dengue”, definiendo concretamente el problema público. Los objetivos son de muy factible cumplimiento (es claro “a dónde se quiere llegar”): prevenir y además mejorar la atención de los pacientes (artículo 2), ambos ítems claves para reducir la cantidad de infectados y entre

<sup>17</sup> La compatibilización de los diversos aportes y la redacción del proyecto de ley recayó sobre el titular de la Secretaría de Coordinación Técnico Administrativa de la cartera sanitaria, a la sazón uno de los autores de este trabajo. La redacción del Decreto Reglamentario fue íntegramente concebida y elevada a consideración del Ejecutivo desde el Ministerio de Salud, cabiendo similar responsabilidad al titular de la mencionada Secretaría.

<sup>18</sup> El Dengue es, quizás, la enfermedad prototipo de un ejercicio del deber y del derecho individual, social, institucional y político. (DÍAZ, Ana, “Pacientes (2014): ¿Sólo derechos?”, en AIZENBERG, Marisa (dir.), Estudios acerca del derecho de la salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Ley, p. 10.

<sup>19</sup> Los gobiernos locales, cada vez más, deben protagonizar el desarrollo de la comunidad, pero los municipios tienen un rol residual en la administración de los servicios de salud, que habiendo sido transferidos por la Nación a las Provincias no fueron mayoritariamente descentralizados por éstas a los niveles locales. En este caso, y a partir también del Pacto Sanitario Provincia - Municipio, arriba mencionado, se otorgó un rol activo al municipio.

<sup>20</sup> Conforme lo recogido por la Declaración de Alma Ata de 1978.

<sup>21</sup> Establecido en el artículo 3 de la Ley 9.666 y reglamentado por la Resolución 747/09 del Ministerio de Salud.

<sup>22</sup> La idea de “orden público” puede ser aplicada en el derecho con distintos sentidos. Cuando se trata de una invocación del concepto nacida de la necesidad de mantener la tranquilidad social, la estabilidad de una comunidad, la adecuada marcha de los acontecimientos y relaciones en un ámbito determinado, se trata de una noción más genérica, en un sentido amplio, en tanto aspiración colectiva o valor socio jurídico a proteger mediante la Constitución y la ley en un sentido más general. Asimismo, las penales y contravencionales, cuando se habla de delitos o contravenciones contra el “orden público” se trata de diversos tipos que encuadran conductas susceptibles de alterar la paz “pública” o de la comunidad en abstracto. Pero también puede ser entendida esta noción en un sentido más específico, como una limitación específica a la conducta, impuesta por la ley, en razón de una expectativa o interés común de proteger ciertos modos de ejercer los diversos hechos y actos jurídicos.

éstos, asegurar un manejo clínico que aleje los peligros del agravamiento del cuadro. De hecho estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) demuestran que la mortalidad bajó un dos por mil en América, entre 2010 y 2013, gracias al logro de este cometido). Prioridades de la Ley: a) Vigilancia epidemiológica (entomológica y de conductas humanas claves). b) Reducir morbilidad. c) Promover el cambio de comportamiento individual y colectivo, alentando esfuerzos intersectoriales y participación ciudadana. d) Consolidar una fuerza de trabajo desarrollando el mejoramiento continuo (asistencia, gestión, capacitación y docencia, etc.).

La denominada en la ley “estrategia integral”, que combina aspectos propios de una lógica más instrumental, otros de la lógica estratégica y otros de la lógica sistémica, incluye acciones tales como: a) Atención (prevención y cobertura especializada); b) Vigilancia epidemiológica y entomológica: Sistema de información, seroprevalencia, monitoreo aéreo, técnicas y procedimientos de análisis de la magnitud de las patologías, determinando los factores de influencia; c) Laboratorios: Manejo de las técnicas diagnósticas de dengue; d) Manejo, evaluación y auditoría de casos; e) Comunicación institucional: Redes sociales (comunicadores sociales, Organizaciones No Gubernamentales, religiosas, grupos sociales con experiencia en trabajo con residuos sólidos urbanos, entre otros); f) Trabajo con Ministerio de Educación de la Provincia, en el aula y en el domicilio de los alumnos -campañas de hogares libres de dengue-.g) Herramientas de evaluación. Las “reglas de acceso” son muy amplias, aunque se precisan los caminos a seguir. Se combinan razonablemente objetivos-medios (objetivos de la ley) con medios-objetivos (las acciones a las que se refiere este párrafo).

Entre las acciones básicas de implementación, que claramente apuntan a los “grupos-objetivo” (aquellos grupos cuyo comportamiento se considera, políticamente, la causa directa o indirecta que la política pública intenta resolver)<sup>23</sup>, y donde se aprecian trazos bien propios de las “normas-reacción” (que actúan sobre el fenómeno que se regula), destacamos: a) Control de criaderos. Se priorizan basurales, baldíos, cementerios y estanques o cursos de agua; b) Eliminación de residuos sólidos: Campañas, inspecciones, posibilidad de auxilio de la fuerza pública, y acuerdos para la recolección diferenciada (en particular neumáticos, recipientes de metal o plástico y botellas) y reciclaje; c) Manejo del empleo de insecticidas; d) Campaña intersectorial indicando objeto, plazos y responsables; e) Prestación de servicios civiles; f) Organización de la información (línea de base, factibilidad, monitoreo y evaluación); g) Publicación de informes periódicos. En este campo es fundamental la acción integrada con los municipios, los que adhiriendo a la norma toman los puntos a) a d), combinando para el resto con la cartera sanitaria (que toma a su cargo fundamentalmente los puntos f) y g).

Otro aspecto saliente de la ley, es el relevamiento domiciliario previsto, con rigor metodológico censal estadístico, con el propósito de: a) Recabar información, como mínimo, en los siguientes puntos: Conocimientos sobre la enfermedad del dengue y su transmisión; conocimientos sobre el vector; observación de criaderos reales y potenciales. b) Suministrar información en el marco de las campañas de comunicación en curso o por desarrollarse. c) Evacuar consultas básicas y brindar información acerca de los centros de referencia. d) Implementar las acciones de disposición final de residuos sólidos domiciliarios, que impliquen la disminución de criaderos de mosquitos, que en virtud de los relevamientos fuere menester ejecutar. El Relevamiento, instrumentado normativamente por el Decreto reglamentario y la Resolución Ministerial 818/09, se implementó de modo efectivo y completo, el 15 de noviembre de 2009, en la totalidad de los domicilios urbanos de la Provincia.

<sup>23</sup> KNOEPFEL, Peter, Corinne LARRUE, Frédéric VARONE, et. al (2007), Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones, Ciencia Política, vol. 2, n° 3, Universidad Nacional de Colombia, Colombia, p. 15.

Se establecen “reglas destinadas a regir conductas individuales”<sup>24</sup>, obligaciones para vecinos y titulares de establecimientos, que de incumplirse acarrearán sanciones, entre ellas la multa y para los establecimientos, la clausura. Se aborda el manejo de chatarra y neumáticos (utilizables o no utilizables).

Cabe destacar que en materia de recursos, los efectores involucrados, en particular el Hospital Rawson<sup>25</sup>, sito en la ciudad de Córdoba, que había refaccionado (ampliado) durante 2008 sus consultorios externos y servicio de guardia, incrementaron también su dotación de personal y se priorizó la adquisición de insumos destinados a la prevención y combate al mosquito, trabajando en conjunto con la Secretaría de Ambiente (fumigaciones en zonas urbanas) y los Municipios y Comunas (entrega de material a intendentes para su distribución). Se produjo y distribuyó folletería informativa por diversas vías, resultando muy efectiva la entrega domiciliaria, abrochada a la boleta de Empresa Provincial de Energía de Córdoba (EPEC). Se destaca un buen manejo de los recursos relacionales y también los de confianza. Se desarrollaron un conjunto de criterios e instrumentos para facilitar la gestión administrativa y operativa del censo y otras acciones que implican contrataciones y disponibilidad financiera, trabajando en conjunto entre el Ministerio de Salud, la Secretaría General de la Gobernación, el Ministerio de Finanzas y la Fiscalía de Estado. Todo ello en un marco de sólido respaldo político, por parte del Gobierno Provincial, a las acciones ejecutadas.

La adopción de un programa legislativo complementó de modo muy eficaz el esfuerzo realizado en los primeros meses del año. Las acciones implementadas en su marco, se incorporaron de un modo u otro a la agenda política y contaron con suficiente difusión. Muchas de ellas, en su carácter de “reglas destinadas a regular interacciones” fueron ejecutadas por más de una cartera, organismo o nivel de gobierno: campañas en las escuelas (que incluyeron concursos para la comunidad escolar) entre los Ministerios de Salud y Educación, relevamientos en terreno que contaron con la participación de la Universidad Nacional de Córdoba y de la Secretaría de Ambiente y la preparación y ejecución del censo realizado el 15 de noviembre de 2009 (que relevó más de un millón de domicilios) en conjunto entre la cartera sanitaria y la Dirección General de Estadística y Censos (por entonces dependiente de la Secretaría Provincial de la Gobernación), con intervención posterior de la Universidad Tecnológica Nacional - Facultad Regional Córdoba en el relevamiento de los datos y la elaboración de un mapa de riesgo. A partir de agosto/septiembre, el acompañamiento del Ministerio de Salud de la Nación, sobre todo en lo que se relaciona con folletería, difusión, elementos de logística, fue estable y significativo.

Otro aspecto clave del éxito del plan para el período 2009 - 2011, fue el rol asignado a los municipios. El trabajo desarrollado en el marco del Pacto Sanitario ya había permitido a muchos municipios o comunas optimizar sus centros de salud, y la gimnasia relacional con la cartera sanitaria estaba altamente desarrollada. El dengue, un problema esencialmente urbano o semi urbano, que también recoge las consecuencias disvaliosas del modelo local de los años 70 y 80 (no planificación, crecimiento desordenado y polinuclear, inmigración no controlada, ampliación de la marginalidad), que básicamente se maneja mejorando las condiciones de orden y aseo de la vivienda, eliminando focos donde pueda criarse el mosquito, encuentra en la escala local uno de los motivos de su brote (la falta de preocupación por el control y la poca o nula prevención o generación de conciencia sanitaria) pero también halla en el gobierno local un vehículo idóneo para el trabajo “puerta a puerta”, la rápida atención en las redes de atención primaria y la

<sup>24</sup> ASCHER, William (1992): “La evolución de las ciencias políticas”, en AGUILAR VILLANUEVA, Luis (ed.), El estudio de las políticas públicas, México, Miguel Ángel Porrúa, p. 182.

<sup>25</sup> Hospital especializado en infectología.



colaboración para la limpieza de espacios públicos.

El tiempo fue un factor de presión. Ante la pésima gestión nacional del problema en su inicio, el enorme temor social generado por la falta de respuestas, la particular situación de la provincia como receptora de movimientos importantes desde y hacia los países principalmente afectados (Brasil fundamentalmente por turismo y Bolivia o Paraguay por movilidad migratoria) y la complicación de provincias vecinas como Santa Fe, se hizo imprescindible actuar rápido y bien. Se trabajó para asegurar ciertos plazos en la ejecución de ciertas acciones y en la mayoría de los casos se cumplió. En esto fue importante que el Plan Director se ocupó de flexibilizar con precisión ciertos aspectos del andamiaje administrativo, ya que muchas veces éste complica o retrasa la ejecución de las acciones, aún cuando hay presupuesto y los recursos humanos están disponibles.

## V. A modo de “evaluación conclusiva”

El problema, cierto, intenso, de amplia afectación social, de relativa novedad, y de urgente abordaje, fue contenido en Córdoba satisfactoriamente, mediante una estrategia formalizada en un conjunto de instrumentos o reglas que dieron base a un sinnúmero de acciones.

Las acciones implementadas en 2009 generaron un rápido impacto en 2010. En todo el país, para ese año fueron 1.185 los casos, demostrándose la eficacia del esfuerzo nacional y de las provincias. Córdoba redujo significativamente la cantidad de infectados: 6. En 2011, la totalidad de casos a nivel nacional, se redujo aún más: 276 (en Córdoba sólo 3 infectados). Aquí debemos hacer una consideración. En diciembre de 2011, se produce el fin del mandato 2007-2011 para todos los niveles de gobierno. En la Nación, se mantienen Presidente y Ministro de Salud. En la Provincia, cambian el Gobernador y el Ministro de Salud<sup>26</sup>. En los municipios y comunas, se producen también numerosos cambios. Durante 2012, son 194 los casos nacionales (Córdoba suma 5)<sup>27</sup>. Pero en ese año, ocurren en la Provincia una serie de situaciones devenidas del cambio de autoridades. La nueva conducción ministerial, aun cuando se trataba de gobiernos del mismo partido político, no priorizó -como la anterior- el Plan Director. Se discontinuaron numerosas acciones, sobre todo las desarrolladas en conjunto con los municipios-ruptura de una coalición interjurisdiccional que había generado una policy network- y el control de foco. Cambiaron autoridades hospitalarias, sin manejo de los nuevos de lo hecho hasta entonces. El Área de Epidemiología del Ministerio, si bien mantuvo sus cuadros -que incluso habían sido concursados tanto en niveles de conducción como operativos-, perdió la relación institucional estable que caracterizó su vínculo con el Ministro anterior, y por intermedio de este, con un sinnúmero de actores gubernamentales involucrados. Sólo para poner un ejemplo, se vencieron durante ese período, sin utilizarse en la Provincia, según un informe del Ministerio de Salud de la Nación, 8.040 litros de insecticida (la mitad de total vencido en el país)<sup>28</sup>, por no haberse facilitado desde la estructura central del Ministerio, las contrataciones de empresas fumigadoras y algunas medidas adicionales de logística. Se perdió también capacidad operativa para seguir distribuyendo material aportado por

<sup>26</sup> Durante la gestión del Cr. Juan Schiaretti como Gobernador de la Provincia de Córdoba (2007-2011) se desempeñó como Ministro de Salud el Dr. Oscar F. González. Durante la tercera gobernación del Dr. José Manuel de la Sota (2011 – 2015), el Dr. Carlos Simon ocupó el cargo desde el inicio de la gestión hasta diciembre de 2013, cuando el Gobernador decidió modificar parte del gabinete provincial ocupando su lugar el Dr. Francisco Fortuna hasta la actualidad.

<sup>27</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2012): Actualización de la situación de vigilancia de dengue en la República Argentina ([http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/partes\\_dengue/parte74.pdf](http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/partes_dengue/parte74.pdf)) (Fecha de Consulta: 12 de agosto de 2017)

<sup>28</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2012): Conceptualización del Dengue en Argentina [en línea] <[www.msal.gov.ar/images/stories/...04.../cofesa-18-12-2012-dengue.ppt](http://www.msal.gov.ar/images/stories/...04.../cofesa-18-12-2012-dengue.ppt)> (Fecha de Consulta: 14 de septiembre de 2017)

la Nación. Se resintió el arreglo institucional, dejaron de convocarse las estructuras de seguimiento, expertos y se atrofió la posibilidad de coordinación horizontal.

La denominada por la doctrina “coherencia al interior de la política”, y su coordinación con otras políticas públicas se licuó. Sólo se mantuvieron grupos fragmentados, trabajando en el marco de la ley. Las prioridades de la nueva gestión ministerial pasaron por otros objetivos. Pero las altas temperaturas se mantuvieron, hubo una gran cantidad de casos de dengue en países limítrofes y el mosquito volvió a hacer su trabajo.

El problema estalló nuevamente en el verano de 2013. Los casos de dengue se incrementaron en todo el país, con un total de 2.718 para los doce meses. Córdoba pasó a tener 162 casos en ese período, aunque lo más grave es que sólo 13 fueron “importados”<sup>29</sup>, lo que habla de que la discontinuidad de 2012 afectó sensiblemente la vulnerabilidad en la Provincia al problema.

Durante 2014, se registraron en América del Sur 612.000 casos de dengue, según la Organización Panamericana de la Salud, y en el mismo año fueron 490 los casos en la Argentina<sup>30</sup>. En 2015, se registraron 252 casos en el país<sup>31</sup>, habiendo un brote en la ciudad de Córdoba con 156 casos confirmados notificados<sup>32</sup>. Por otra parte, a mediados de 2014, surgió un alerta de circulación autóctona de Fiebre Chikunguña en la región de las Américas. La fiebre Chikunguña es una enfermedad emergente causada por un Alfavirus, el virus Chikungunya. Esta enfermedad es transmitida principalmente por mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión del dengue<sup>33</sup>. En Argentina fueron notificados 123 casos sospechosos durante 2014, de los cuales 23 fueron confirmados. Todos los casos probables y los confirmados tuvieron como causa viajes a países con circulación viral autóctona. En 2015 se registraron 246 casos y en 2016 826 superando ampliamente los registrados en la peor epidemia de 2009<sup>34</sup>.

En 2016 la Argentina atravesó su peor epidemia con 78.245 casos notificados y 41.210 confirmados<sup>35</sup>. En lo que va del año se registraron un total de 638 casos positivos para dengue entre confirmados y probables, de los cuales 558 (88%) fueron casos autóctonos, y no se registró circulación activa de chikunguya<sup>36</sup>.

La mala calidad de la transición entre la gestión sanitaria saliente y la entrante, fue determinante en este problema. También la falta de resolución de otros problemas conexos y preexistentes al dengue, más relacionados con el saneamiento ambiental y el desarrollo social. La conducción sanitaria asumida en 2011, fue reticente a mantener los trazos de la anterior, sobre todo en temas en los que el elenco saliente había mostrado ciertos resultados. Esta sorpresiva falta de visión estratégica sanitaria del equipo entrante—pues el Ministro y dos de sus Secretarios habían integrado el equipo de la gestión anterior, como directores o subdirectores de los dos principales nosocomios del

<sup>29</sup> Diario La Voz del Interior (2013): Dengue: ahora es el momento de luchar contra el mosquito (<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/dengue-ahora-es-el-momento-de-luchar-contra-el-mosquito>) (Fecha de Consulta: 15 de septiembre de 2017).

<sup>30</sup> Organización Panamericana de la Salud (2014): Casos reportados de Dengue en las Américas ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017).

<sup>31</sup> Organización Panamericana de la Salud (2015): Casos reportados de Dengue en las Américas ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017).

<sup>32</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2015): Boletín Integrado de Vigilancia (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N267-SE28.pdf>) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)

<sup>33</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2014): Enfermedades Infecciosas, Fiebre Chikunguña (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/materiales/fiebre-chikungunya-argentina-11-07-2014.pdf>) (Fecha de Consulta: 20 de agosto de 2017)

<sup>34</sup> Diario La Voz del Interior (2016): Córdoba vivió este año su peor brote de dengue, (<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/cordoba-vivio-este-ano-su-peor-brote-de-dengue>) (Fecha de Consulta: 21 de septiembre de 2017).

<sup>35</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2016): Boletín Integrado de Vigilancia ([http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N340-SE51.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N340-SE51.pdf)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017).

<sup>36</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2017): Boletín Integrado de Vigilancia ([http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N377-SE37.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N377-SE37.pdf)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)

sistema público-, fueron determinantes. Se superó en parte porque el problema -aunque soslayado- ya era conocido por los nuevos responsables político-administrativos, que retomaron trabajos de 2009-2011 y también por la ciudadanía. Respecto a ésta, y a su comportamiento, es posible que el Estado haya descuidado el efectivo cumplimiento de las “reglas individuales” ya desde el segundo año del plan, ante un temprano resultado positivo en los *outcomes*<sup>37</sup>. Y la falta de trabajo domiciliario y en espacios públicos, sumado a las dificultades para concretar acciones de control de foco ya indicadas más arriba, incidió notablemente en el regreso del aedes a gran escala.

## VI. Colofón

El problema del dengue, fue y sigue siendo un enorme desafío para el Estado Social de Derecho. Representa, en definitiva, la exteriorización de causas profundas: agresión al ambiente, imprevisión, pobreza, marginalidad social, ignorancia, falta de solidaridad, carencia de conciencia sanitaria, ausencia de autoridad (de ideas, de planes, de imperium). Fallas múltiples de un paradigma estatal que, teóricamente, debe superar los límites del modelo liberal-conservador-gendarme.

Las buenas intenciones del Estado Social de Derecho, encuentran techo en las propias fallas del timonel: los gobiernos han carecido, en estos temas, de políticas de largo plazo. Se verifica también, la temida fragmentación de las decisiones y la ausencia de planes de gestión integrada.

Frente a la crisis nacional, la respuesta de Córdoba desde 2008, fue eficiente, eficaz, oportuna, aunque puntual o muy focalizada a la superficie: la multiplicación de casos de dengue. La programación, fue coherente con la implementación. Cierta distensión en el control durante 2011 y el abandono del Plan Director en 2012 determinaron la crisis de 2013. Hoy se advierte razonable una evaluación integral de la política aplicada (variable independiente) y una definición de nuevos objetivos y acciones, donde se ataquen con firmeza y plazos-metas ciertas, un conjunto de causas estructurales de vulnerabilidad (variables dependientes) que, de no abordarse, mantendrán latente la posibilidad de nuevos brotes.

Esa mirada, empapada axiológicamente de los propósitos y objetivos del Estado Social de Derecho, permitiría realmente considerar al problema como “oportunidad”.

La Constitución de la Provincia de Córdoba consagra la invencible e irreversible vigencia del Estado Social de Derecho, como principio de organización social, en el que se toman los valores jurídico-políticos clásicos, pero de acuerdo con las demandas y condiciones de la sociedad del presente como exigencias ya no formales sino materiales que deben ser cumplidas. La Carta Magna Provincial, como anticipábamos, consagra a la Salud como una política especial del Estado<sup>38</sup>, reafirmando la concepción de adhesión al estado social de derecho, y concibe a la salud como derecho personal, como derecho social y como deber personal.

En este orden de ideas, a los fines instrumentales, la alternativa de los sunset-laws es interesante, ya que se trata de programas que sólo se autorizan legislativa y presupues-

<sup>37</sup> KNOEPFEL, Peter, Corinne LARRUE, Frédéric, VARONE, et. al (2007): Op. Cit. p. 37.

<sup>38</sup> Mediante la incorporación de un Capítulo dedicado a políticas especiales del Estado ya no sólo se reconoce estos derechos, sino que se determina cómo se deben implementar. En este orden de ideas, el artículo 59 de la Constitución Provincial establece los siguientes criterios: a) la salud como bien natural y social; b) generar el bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social al igual que la definición de la OMS c) garantizarlo mediante acciones y prestaciones; d) un sistema de salud, integrado y universal; e) la concertación de la política sanitaria con los otros niveles de gobierno y organismos; f) reafirma su poder de policía, teniendo en cuenta lo que establece la Constitución Nacional; g) promueve la participación.

tariamente por un período determinado de tiempo y que deben forzosamente acabar pasado ese período, a menos que se vuelva a legislar su reinicio<sup>39</sup>.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILAR VILLANUEVA, Luis (ed.) (1992): El estudio de las políticas públicas, Miguel Ángel Porrúa, México.
- AIZENBERG, Marisa (dir.), Estudios acerca del derecho de la salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, La Ley.
- ALONSO CABRERA, Gustavo (2004): “Teorías y modelos en la salud pública del siglo XX” en Revista Colombia Médica, n° 3, Cali, UNIVALLE.
- ARANGO VÉLEZ, Alba Lucía (2007): “Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el Estado social de derecho” en Hacia La Promoción de la Salud, Vol. 12, Colombia.
- CASTRILLÓN, María Elena, Noelia ITURRIETA, Sergio CATIVELLI, et al (2010): “Hallazgos ultrasonográficos en pacientes con Dengue: revisión de la literatura” en Revista argentina de Radiología, n°1, Buenos Aires, Sociedad Argentina de Radiología.
- KNOEPFEL, Peter, Corinne LARRUE, Frédéric VARONE, et. al (2007): “Hacia un modelo de análisis de políticas públicas operativo. Un enfoque basado en los actores, sus recursos y las instituciones” en Ciencia Política, vol. 2, n° 3, Colombia, Universidad Nacional de Colombia.
- Diario La Voz del Interior (2013): Dengue: ahora es el momento de luchar contra el mosquito (<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/dengue-ahora-es-el-momento-de-luchar-contr-el-mosquito>) (Fecha de Consulta: 15 de septiembre de 2017).
- Organización Mundial de la Salud (2006): Constitución de la Organización Mundial de la Salud ([http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)) (Fecha de Consulta: 22 de agosto de 2017).
- Organización Mundial de la Salud (2015): Enfermedades transmitidas por vectores. (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/index2.html>) (Fecha de Consulta: 25 de junio de 2015).
- Organización Panamericana de la Salud (2014): Casos reportados de Dengue en las Américas ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)
- Organización Panamericana de la Salud (2015): Casos reportados de Dengue en las Américas ([http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=readall&cid=3274&Itemid=40734&lang=es)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)
- ORTEGA, José Emilio y Darío SBARATO (2012): ¿Desde que mañana vemos el hoy? El tiempo de la coordinación, Córdoba, Ed. del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- ORTEGA, José Emilio y Federico ZAVALLEY (dirs.) (2009): Práctica Jurídica de la

---

<sup>39</sup> SUBIRATS, Joan (2009): Op. Cit., p. 173.

- Salud Pública, Córdoba, Ed. del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.
- OSZLAK, Oscar y Edgardo ORELLANA (2001): "El análisis de la capacidad institucional: aplicación de la metodología SADCI" en [Top.org.ar](http://Top.org.ar)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2009), Situación del Dengue en Argentina – Primer Semestre de 2009 n° 44, Boletín Epidemiológico Periódico, Buenos Aires.
  - Ministerio de Salud de la Nación (2009), Protocolo de Acciones de Control de Aedes aegypti (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2009/acta-02-09/anexo-7-control-de-vectores-02-09.pdf>) (Fecha de Consulta: 25 de agosto de 2015).
  - Ministerio de Salud de la Nación (2012): Actualización de la situación de vigilancia de dengue en la República Argentina: ([http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/partes\\_dengue/parte74.pdf](http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/partes_dengue/parte74.pdf)) (Fecha de Consulta: 12 de agosto de 2017)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2012): Conceptualización del Dengue en Argentina ([www.msal.gov.ar/images/stories/...04.../cofesa-18-12-2012-dengue.ppt](http://www.msal.gov.ar/images/stories/...04.../cofesa-18-12-2012-dengue.ppt)) (Fecha de Consulta: 14 de septiembre de 2017)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2016): Boletín Integrado de Vigilancia ([http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N340-SE51.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N340-SE51.pdf)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2017): Boletín Integrado de Vigilancia ([http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin\\_integrado\\_vigilancia\\_N377-SE37.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/boletin_integrado_vigilancia_N377-SE37.pdf)) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2015): Boletín Integrado de Vigilancia (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/boletines/Boletin-Integrado-De-Vigilancia-N267-SE28.pdf>) (Fecha de Consulta: 19 de agosto de 2017)
  - Ministerio de Salud de la Nación (2014): Enfermedades Infecciosas, Fiebre Chikunguña (<http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/materiales/fiebre-chikungunya-argentina-11-07-2014.pdf>) (Fecha de Consulta: 20 de agosto de 2017)
  - SUBIRATS, Joan (1989): Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración, Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid.