

TRIBUNA DE SALUD

- [Inicio](#) [Contacto](#) [Archivo](#)

[Inicio](#) » [Tribuna de Salud](#) » [Volumen 8](#)

Tribuna de Salud, Dengue, una epidemia social, Abril 2009, Volumen 8, No. 15

SALUD PÚBLICA

Dengue, una epidemia social. Pág. 2

¿Qué es el Dengue? Pág. 3

Dengue y situación sanitaria. Enfermedades de la pobreza. Pág. 7

El plan de acción. Pág. 10

El dengue vino para quedarse. Pág. 12

La epidemia en la ciudad de Buenos Aires. Pág. 14

Dengue en Salta. Pág. 15

El dengue se expande. Ocaña, Capitanich, Urtubey, Brizuela: fuera! Pág. 16



Dengue, una epidemia social

Es una característica común a los gobiernos patronales eludir la responsabilidad de sus actos. Así, Ibarra no habría sido responsable de Cromañon, Romero de Salta nada habría tenido que ver con el desborde catastrófico de los ríos en Tartagal. Y ahora ni el gobierno K ni la ministra Ocaña tienen culpa alguna en la epidemia de Dengue que se propaga por el país.

¡Falso!

Ibarra es culpable por haber desarmado la inspección de los locales públicos y cohabitado con la trama siniestra de funcionarios coimeros. Romero de la devastación “sojera” de los montes salteños y la depredación de los pulpos petroleros, causas fundamentales de las inundaciones. Y los K y su ministra Ocaña son absolutamente culpables de la epidemia de Dengue. Y esto no sólo por sus políticas económico – sociales de subsidio al gran capital, de empobrecimiento y desocupación sistemático de las grandes masas del país, que es el caldo de cultivo de toda catástrofe en salud pública. No sólo por el encubrimiento de la acción depredadora del medio ambiente por parte de los capitales “amigos” mineros, sojeros, petroleros, papeleros. No sólo por todo ello, sino también por haber ocultado el desarrollo de una epidemia que fue anunciada por lo menos, desde 2007 y seguir ocultándola en la actualidad bajo los eufemismos criminales de que no existe tal epidemia, de que son casos locales, de que se trata de casos “importados”.

Imposturas todas dirigidas a “zafar” de la responsabilidad de esta epidemia que se va a agravar con el paso de los días. Mentiras de criminales sociales, que al negar la realidad y desinformar a la población, actúan como una de las principales causas de la propagación de la enfermedad, y de bloqueo de las medidas básicas de lucha contra la epidemia.

Al desarrollar en este texto el análisis de esta epidemia, sus causas y las medidas de salud pública que corresponde tomar urgentemente, quedará desnudado lo que el gobierno nacional y los gobiernos provinciales no hacen y por lo tanto su responsabilidad en esta catástrofe.

Con este número extraordinario Tribuna de Salud pretende realizar una contribución al esclarecimiento de la naturaleza y el alcance de la actual epidemia del Dengue y la caracterización de las responsabilidades políticas de los gobiernos y autoridades que debieran combatirla. Esto a fines de que la población trabajadora de nuestro país tenga las herramientas para luchar mejor y más concientemente contra la enfermedad, sus causas y sus causantes

¿Qué es el Dengue?

El dengue es una enfermedad causada por un virus que posee 4 serotipos. Los 4 tipos de virus causan la enfermedad.

Los virus son transmitidos de persona a persona a través de la picadura de la hembra del mosquito *Ae. Aegypti*, de pequeño tamaño, color blanco y negro, altamente adaptado al hombre.

El dengue es la más importante enfermedad viral transmitida por mosquitos en el mundo, estimándose que más de 2 billones de personas viven en las zonas endémicas.

El virus dengue pertenece al género Flavivirus de la familia Flaviviridae, que comprende a varios virus transmitidos por mosquitos, entre ellos el de la fiebre amarilla, el dengue y la encefalitis japonesa B, y a otros virus transmitidos por garrapatas.

Los 4 tipos de virus del dengue fueron aislados de personas enfermas en América, siendo el tipo 1 en general, el asociado a epidemias más extensas.

Los estudios en Malasia mostraron que el mono es el reservorio natural.

La transmisión de hombre a hombre ocurre a través de la picadura del mosquito, que vive en las cercanías del hombre, incluso en los centros urbanos.

La hembra coloca los huevos en las superficies internas de recipientes artificiales que contienen agua, por encima de su superficie.

Los huevos son resistentes a la desecación y pueden permanecer así hasta un año.

Con la lluvia crece el nivel del agua alcanzando los huevos, que eclosionan en 30 minutos aproximadamente y dependiendo de las condiciones ambientales, las larvas alcanzan la adultez en 9 a 12 días.

El mosquito tiene un hábitat peridomiciliario y se dispersa entre 30 y 50 metros.

En cambio, la dispersión mediada por el transporte, en sus diferentes formas (carros, trenes, automóviles, aviones) es uno de los más importantes factores de diseminación de los mosquitos.

Luego de que la hembra se alimenta con sangre contaminada, el virus se replica en su organismo y después de 10 a 12 días, el virus aparece en la saliva del mosquito, permitiendo su inoculación a otra persona.

Los mosquitos permanecen infectados toda la vida.

La mayor cantidad de picaduras ocurren en la mañana y al final de la tarde.

Epidemiología de la enfermedad

La expansión del mosquito fue continua en los últimos 15 a 20 años.

La primera epidemia de dengue hemorrágico en Asia ocurrió en Manila en 1953 – 1954.

El Caribe fue afectado en los años 80. En 1981 ocurrió la primera epidemia de dengue hemorrágico en América, en Cuba, con 10000 casos graves y 158 muertes.

En América, el dengue o una enfermedad muy semejante, fue señalada como responsable de epidemias desde el siglo XVIII, especialmente en las zonas costeras y asociadas al tráfico marítimo.

Después de los años 30 las epidemias del Caribe fueron raras y de 1946 a 1963 cesaron, consecuencia de las medidas implementadas para el control del vector.

A final de la década del 70, como consecuencia de la aplicación del programa continental de

erradicación de *Ae. aegypti*, el dengue dejó de ser un problema importante para la salud pública. El programa fue suspendido y se produjo la re-introducción del mosquito. Hacia 1997 la distribución del mosquito era la misma que en 1940.

La epidemia de dengue 1 en América del Sur comenzó el 1978, afectando Venezuela, Colombia y Guayanas.

Se informaron a la OPS cerca de 702.000 casos entre 1977 y 1980, calculándose que en esos años se infectaron más de 5.000.000 de personas.

Luego el virus tipo 1 se expandió a países como Brasil, Bolivia, Paraguay, Ecuador, Perú y Argentina; la introducción posterior del virus tipo 2 provocó los casos de dengue hemorrágico.

La segunda gran epidemia en Sudamérica ocurrió en Venezuela entre 1989 y 1990, con más de 6.000 casos y 73 muertes.

Otras epidemias de dengue hemorrágico ocurrieron en Colombia (1990), Brasil (1990/1991/1994), Puerto Rico (1994), México (1995) y Cuba (1997).

Los movimientos poblacionales, la migración hacia los centros urbanos, la presencia de recipientes no biodegradables y la deficiencia en los programas de control vectorial, son los factores para la diseminación del mosquito.

Características clínicas de la enfermedad

Existen formas clínicas asintomáticas, formas febriles no diferenciadas (con o sin exantema), el dengue clásico y el dengue hemorrágico.

En la forma clásica de la enfermedad, el período de incubación varía entre 3 y 14 días (usualmente 5 a 7), y los síntomas de la enfermedad incluyen el dolor de cabeza, dolor lumbar, gran fatiga, anorexia, vómitos, diarreas y escalofríos seguidos de fiebre elevada.

La fiebre es de comienzo súbito, durando de 2 a 7 días.

Es característico además del dolor de cabeza, articular y lumbar, un fuerte dolor retro orbital asociado al movimiento de los ojos, pudiendo ocurrir congestión conjuntival.

El dengue hemorrágico es la forma más severa de infección por dengue.

Se caracteriza por la presencia de cuatro manifestaciones clínicas principales: fiebre alta y continua de 2 a 7 días, hemorragias, hepatomegalia y disturbios circulatorios (shock en los casos más severos)

Definición de caso

Caso probable: aquel en que se describe una enfermedad febril aguda, con dos o más de las siguientes manifestaciones:

Cefalea, dolor retro ocular, mialgias, artralgia, exantema.

Ocurrencia en la misma localidad y época de otros casos confirmados de dengue.

Caso confirmado: cuando el laboratorio confirma el diagnóstico a través de reacciones específicas para dengue.

Factores de riesgo

- Area geográfica: regiones tropicales y subtropicales entre paralelos 35° N y 35° S, con algunas variaciones regionales.

- Factores sociales: conglomerados con media o alta densidad urbana con alto número de habitantes por núcleo habitacional, en comunidades sin infraestructura.

Depósitos de agua desprotegidos (sin cobertura).

Criaderos artificiales: neumáticos, latas, envases plásticos.

Evaluación de la epidemia

La llamada razón reproductiva básica (RRB) es definida como la media del número de nuevas infecciones que es generada por cada infección humana actual.

La RRB es mayor cuanto más explosiva es la epidemia.

El límite de inmunidad de población (LIP) es el valor de la inmunidad que debe ser alcanzado en una población, para que cese la transmisión de un determinado agente o se alcance su erradicación.

Se puede anticipar que el dengue es capaz de provocar una rápida expansión del virus en el corto plazo, atacando a casi toda la población antes de extinguir la cadena de transmisión.

Los estudios seroepidemiológicos señalan que las formas más graves de dengue ocurren en individuos que tuvieron una infección anterior, por otro tipo serológico de la enfermedad.

Control de vectores

Para evaluar la infección en una región y las campañas de control, se emplean parámetros:

- Índice de infestación predial: porcentaje de casas con recipientes conteniendo larvas o pupas de *Ae. Aegypti*, en relación al total de casas examinadas.

- Índice de Breteau: número de recipientes positivos para larvas o pupas de *Ae. Aegypti* por 100 residencias.

Luego de la introducción del DDT en la década del 40, se alcanzó la erradicación del mosquito en América en la década del 70.

La discontinuidad del programa y la resistencia al insecticida provocó la re-infestación de la región.

Luego, la técnica de ultra bajo volumen (UBV), que fue recomendada inicialmente como medida de control emergencial durante las epidemias, se tornó de rutina en la mayoría de los países, aunque haya pocas evidencias de su eficacia para la forma en que fue utilizada (aplicaciones eventuales con largos intervalos entre ellas).

Se demostró que si los criaderos de larvas no son destruidos, en cerca de dos semanas son alcanzados los mismos niveles de infestación anteriores a la desinfestación o fumigación.

La utilización de aerosoles durante las epidemias también han sido evaluadas y los resultados son bastante pobres.

El éxito de las campañas de control del vector, ocurre cuando las acciones se asocian a la **mejora de las condiciones de vida de la población**, en particular la construcción de viviendas, eliminando los conglomerados urbanos sin infraestructura.

La campaña de control en Cuba iniciada en 1981, consistió en la inspección casa por casa para reducir los criaderos naturales conteniendo larvas. Las reservas de agua fueron tratadas con

insecticidas, así como la participación de la población para la ejecución del programa, que alcanzó un costo de 43 millones de dólares.

La OMS preconiza que la mayor probabilidad de desarrollo de una epidemia sucede cuando los índices de infestación predial están por encima del 1%.

Control vectorial químico

Consiste en el tratamiento químico de focos identificados a partir de la detección de los índices de infestación predial o de Breteau

Tratamiento focal

Se destina a la eliminación de larvas mediante la aplicación de larvicidas.

Este tratamiento debe ser hecho en el 100% de las viviendas del área tratada, trimestralmente, periodicidad que se reduce en epidemias.

Eliminación de recipientes que contengan agua.

Tratamiento perifocal

Consiste en la aplicación de insecticida de acción residual en las paredes externas de criaderos como medida complementaria del tratamiento focal.

Tratamiento UBV

Aplicación espacial de soluciones concentradas de insecticida en que el producto es aspergido sobre la forma de pequeñas gotitas que actúan sobre el mosquito por contacto.

Los ciclos de tratamiento UBV deben ser realizados a intervalos de 4 días para que sean eliminados los adultos provenientes de los huevos remanentes, repitiéndose el tratamiento por 7 semanas consecutivas, aunque el método tiene limitaciones.

Control vectorial físico

Mejora del abastecimiento del agua

Mejora del sistema de recolección, transporte y destino de los residuos sólidos (latas, neumáticos, recipientes plásticos)

La lucha contra el *Aedes aegypti* se realiza **combatiendo los criaderos**.

Fuente: Dengue. UCS. Autores. Dr. *Hermann G Schatzmayer*. Dr. En virología Universidad de Frelburg y Giessen Alemania. Investigador Titular y Jefe del Departamento de Virología Instituto Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz Río de Janeiro Brasil.

Dra. *Rita María Tibeiro Nogueira*. Doctora en Virología Fundación Oswaldo Cruz Rio de Janeiro Investigadora Titular y Jefe de Laboratorio de Flavivirus Departamento de Virología Instituto Oswaldo Cruz Fundación Oswaldo Cruz Río de Janeiro. Brasil.

Dengue y situación sanitaria. Enfermedades de la pobreza

La relación entre la reaparición de epidemias previamente extinguidas, la situación social y el estado de la Salud Pública es absoluta. La reforma del sector salud impulsada por el Banco Mundial a comienzos de la década del 90, dio a lugar a un proceso de ajuste, achicamiento y privatización del gasto público.

El proceso de globalización económica fue dirigido a la disminución de los costos y a convertir sectores improductivos desde el punto de vista capitalista, como la salud pública o la educación estatal en mercados para las inversiones de capital, introduciendo como parte de ello, políticas de productividad y competitividad, bajo la premisa de obtener la mayor tasa posible de extracción de ganancia.

“Descentralización” y “autogestión”, medidas privatistas

Las tendencias privatistas generaron la desarticulación de los organismos estatales y la pérdida del personal capacitado, provocando un aumento de la desocupación, al mismo tiempo que el abandono de las tareas y funciones del estado, en particular en relación a los programas de salud.

Con fines de reducir el gasto público se transfirieron los servicios de salud de la nación, hacia los niveles periféricos, provincial y municipal, generando el vaciamiento de los programas a fuerza de desfinanciamiento público desde el nivel central nacional.

El exponente más acabado de esta política ha sido el hospital de “autogestión” y la privatización, arancelamiento y tercerización de los servicios públicos, transferidos a las empresas privadas o montados incluso sobre las estructuras del propio hospital público, en beneficio de empresas encargadas de la explotación de los servicios esenciales (mantenimiento, alimentación, limpieza, etc).

En la década del 40, a partir de la segunda post guerra, se priorizaron los programas “verticales”, conformados por operaciones de terreno y otras acciones de planeamiento, administrativas, alejadas del terreno operativo, disciplinado fuertemente a la administración central (Ministerio de Salud).

Esta tendencia se modificó a partir de la Conferencia de Alma Ata (1978), que estimuló la descentralización de los programas nacionales, priorizando las tareas ejecutivas para los municipios.

Paralelamente, la urbanización de las poblaciones rurales, llevó a la urbanización de las enfermedades tradicionalmente rurales; la descentralización avanzó pero agravándose el déficit del recurso humano necesario al mismo tiempo y como consecuencia de éste y de la disminución del presupuesto, reduciendo las tareas ejecutivas ahora descentralizadas.

Es que Alma Ata consagró el nuevo Orden Económico Internacional y sus efectos se han sufrido en toda Latinoamérica, consecuencia de la reducción del gasto en salud, la privatización y la reforma antes comentada, intensificada a partir de la década de 1990.

El control de endemias y enfermedades vectoriales

Hasta 1965 los planes de control de endemias tuvieron el formato de 1. planeamiento 2. ataque 3. consolidación y 4. vigilancia.

Fue un modelo riguroso y de jerarquías muy bien establecidas y altamente disciplinado.

Sin embargo fue un modelo que no promovía la participación comunitaria y se encontraba desarticulado del nivel periférico.

Luego, la descentralización avanzó al ritmo de la disminución del presupuesto de salud.

El desfinanciamiento, el ajuste y la reforma sanitaria también provocaron la transferencia o pérdida del recurso humano especializado. El paso siguiente fue el abandono de la política del control de vectores: recursos humanos atomizados, logística limitada, capacidad de compra restringida, disminución de insumos.

Esta es la característica de la época de la globalización y privatización del gasto para la salud.

En este escenario, el abandono del control de las enfermedades endémicas y vectoriales es funcional a la política de los gobiernos capitalistas, que sin excepción en nuestro país, han llevado adelante la reforma financiera del sector salud.

Si el control de las enfermedades endémicas y tropicales, hubo de ser necesario como paso previo a la consolidación de los espacios urbanos de las grandes potencias y a la construcción de los grandes emprendimientos de la ingeniería, como el Canal de Panamá y el de Suez, en la etapa inicial de la expansión de los mercados comerciales y financieros internacionales, el abandono de la planificación del control de las epidemias del pasado, es la consecuencia de una época signada por la crisis capitalista mundial, la pobreza, la marginación y el desempleo, en las clases desposeídas a nivel mundial.

En Argentina el plan antipalúdico dirigido por el Dr. Alvarado iniciado en 1938, es la experiencia más importante en la primera mitad del siglo XX de programas de control de enfermedades vectoriales.

El plan de Alvarado consistía en un programa de “policía de focos” dirigido al control (erradicación) territorial del vector transmisor del paludismo, continuando con un programa de “profilaxis invernal” complementario del anterior y dirigido a la extinción de los criaderos invernales del mosquito *Anopheles*, transmisor de la enfermedad. La lucha antipalúdica se continuó en un plan preventivo y un plan asistencial.

La propaganda fue un arma fuertemente empleada, dando nacimiento al “almanaque sanitario”, con el que se aconsejaba a la población sobre esta y otras enfermedades; se emplearon agentes sanitarios, se distribuyeron medicamentos, se suministraban recursos destinados a los dispensarios centrales y zonales.

Se encaró un plan de educación sanitaria a través de las escuelas, el “educador sanitario”, con una participación activa de la población.

Todo lo contrario a lo que ocurre en la actual epidemia de dengue.

El ocultamiento de las verdaderas cifras de enfermos es la regla informativa.

El gobierno de CFK y su ministra Ocaña, son responsables ante la epidemia, por lo menos por la **falta de una campaña nacional de lucha contra la enfermedad.**

De lucha contra el dengue, articulada en toda el área endémica, financiada a nivel nacional y con un programa de acción planificado a nivel central y descentralizado en su ejecución.

Luis Trombeta

El plan de acción

Básicamente la transmisión del dengue depende de factores de riesgo vinculados a la virulencia y al tipo viral circulante y a factores epidemiológicos que incluyen la alta densidad vectorial (presencia del mosquito), alta concentración poblacional, presencia de población susceptible y condiciones sociales y económicas (provisión de agua potable, saneamiento ambiental, viviendas, eliminación de residuos domésticos, envases no biodegradables, eliminación de basurales, abastecimiento de los servicios públicos de salud, ausencia de programas de control de vectores).

La estrategia comunitaria para el control del dengue es insoslayable de la movilización social, dirigida a la toma de medidas que limiten la expansión de la epidemia.

La formación de comisiones barriales, regionales y elegidas en asambleas de todos los vecinos será una herramienta para el control del vector.

Las tareas de descacharrización, eliminación de neumáticos, envases no biodegradables, (vidrio y plásticos) capaces de contener agua en la que proliferen los mosquitos, es una tarea esencial.

El reclamo de cisternas de agua potable en los barrios donde la canilla comunitaria es la única fuente de agua potable, está a la orden del día.

Que los vecinos no se vean obligados a acumular agua para el consumo domiciliario, es la primera medida dirigida a la protección no sólo de la proliferación del mosquito *Aedes*, sino a la prevención de las enfermedades diarreicas.

Terminar con los basurales abiertos será la forma no sólo de combatir la multiplicación del mosquito, sino también la de terminar con las ratas y el peligro de la leptospirosis.

Dotar de personal a los centros de salud comunitarios en todos los barrios, abastecidos y capaces de asistir el aumento de la demanda, debe estar entre los reclamos más urgentes, así como el aprovisionamiento de insumos para la atención de los enfermos, presuntamente de dengue y otras enfermedades.

El traslado de los enfermos que así lo requieran a los centros de mayor complejidad, debe ser garantizado por la autoridad sanitaria.

Se necesitan médicos, enfermeros, personal auxiliar y recursos suficientes para la atención y el traslado de los enfermos a los hospitales de referencia zonal.

Los hospitales en sus municipios deben contar con los necesarios y suficientes elementos de diagnóstico de laboratorio para el diagnóstico del dengue.

Ningún enfermo ni debe ni puede quedar sin un diagnóstico confirmado, ya que esa situación puede condicionar la evolución y la gravedad de un nuevo futuro contagio.

Las escuelas, las plazas, los sindicatos, las asambleas barriales deben servir para la organización de los trabajadores ocupados y desocupados.

Toda la población debe movilizarse contra el dengue.

La provisión de mosquiteros y repelentes, debe ser garantizada para toda la población.

Control de precios y precios máximos para la venta de repelente de uso personal.

Que el estado fije el precio y que se expropie a los acopiadores y a los especuladores.

Que se declare la emergencia nacional contra el dengue.

Que se difundan diariamente las cifras de los nuevos casos diagnosticados en todo el país.

Que se organice una red nacional de lucha contra el dengue a través de las organizaciones barriales, sociales y políticas.

La lucha contra el dengue es la lucha contra la pobreza

El dengue vino para quedarse

Fue la frase que el kirchnerismo no esperaba.

Pero la Ministra de Salud Ocaña, ya no podía volver atrás.

Ocaña se negó a responder en la Cámara de Senadores, si el dengue (que afecta a 19 de 24 provincias argentinas) era o no una epidemia: “detenerse a discutir si se está frente a una epidemia o frente a un brote epidémico es una cuestión semántica, porque la situación es grave”.

Ocaña y el gobierno de CFK intentan ocultar la gravedad de la crisis sanitaria, negando la epidemia, reconocimiento que allanaría el camino a la declaración de la emergencia sanitaria nacional.

Es imperativo la puesta en marcha de una verdadera campaña nacional de lucha contra el dengue, con asignación de presupuesto suficiente para financiar la asistencia de los enfermos, la provisión de recursos humanos (personal de salud), las tareas de eliminación de los recipientes en los que se reproduce el mosquito que transmite la enfermedad, el saneamiento ambiental, la provisión de agua potable que elimine la necesidad de la población de su almacenamiento, la provisión de agua corriente y cloacas, la construcción de viviendas, es decir, las políticas dirigidas a terminar con las condiciones sociales y económicas responsables de la re-emergencia del dengue.

La crisis política desatada por el dengue es tan profunda que cuando la Ministra Ocaña fue preguntada por Morales (UCR) si el dengue era una epidemia, la titular de la Comisión de Salud Haydeé Giri, tomó el micrófono, levantó su mano y le dijo a la ministra que no respondiera, porque ése era un tema que debatirían a continuación (Diario Crítica de la Argentina - 08/04/09)

“Si bien el kirchnerismo guardó las formas y en parte cuidó a la ministra, a los oficialistas se los veía más preocupados en evitar declaraciones fuertes que pudieran dañar la imagen del Gobierno” (Diario Crítica de la Argentina - 08/04/09).

Ocaña, dijo este martes por la tarde que el dengue "es una enfermedad que aparecía erradicada en los años '70 pero que reapareció en 1995", y lo atribuyó "al calentamiento global" y al empeoramiento de la situación socioeconómica en el continente, dijo ante la Comisión de Salud del Senado, omitiendo las advertencias que había realizado la Sindicatura General en noviembre del 2008 cuando presentó un informe señalando las fallas estructurales del sistema sanitario argentino (La Nación - 08/04/09).

Dice el informe que uno de los problemas encontrados es el control y tratamiento de las enfermedades transmitidas por vectores.

En “el Informe de Evaluación del Sistema de Control Interno del Ministerio de Salud realizado por la Sigen durante 2007 y las acciones de corrección encaradas en 2008, se determinó la falta de insumos, normas de procedimientos y datos para hacer frente a enfermedades riesgosas” y la falta de una evaluación real de la situación debido a la demora desde las provincias en transmitir la información sobre las enfermedades transmitidas por vectores. (La Nación - 08/04/09).

Poco antes de la irrupción de la epidemia la Sigen denunció los graves problemas sanitarios: "Los programas provinciales atraviesan múltiples dificultades, el recurso humano calificado se encuentra diezmado debido a la edad avanzada promedio de los operarios, movilidad inexistente o vetusta, carencia de presupuestos propios y falta de insumos disponibles ante las necesidades de control de endemias". (La Nación - 08/04/09).

Dice el informe: la Subsecretaría de Prevención y Promoción, de la que depende la Dirección de Epidemiología, "no cuenta con manuales de normas y procedimientos".

La responsabilidad política por la epidemia no reconocida, brota de los poros del gobierno kirchnerista.

Sin un plan de coordinación nacional, las acciones corren por cuenta de cada gobernación; en la

provincia de Buenos Aires cada municipio actúa con fumigaciones a su criterio. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Ministro Jorge Lemus echó lastre antes de la aparición de casos presuntamente autóctonos: "Evidentemente, algo falló" dijo Lemus (La Nación - 08/04/09).

Oscar Lencinas, director del Instituto de Zoonosis Luis Pasteur, declaró: "El riesgo de una epidemia de dengue en la ciudad de Buenos Aires es cada vez más alto y está íntimamente ligado a la cantidad de personas que llegan del norte con síntomas febriles y dolores musculares" (Diario Crítica de la Argentina - 08/04/09)

En el hospital Muñiz, su director declaró: "Es un aumento muy importante en el número de casos, que ya llega a una epidemia, prácticamente" (Diario Crítica de la Argentina - 08/04/09).

"No hay lugar a dudas, estamos frente a una epidemia de dengue en la ciudad, porque el aumento de la tasa normal es lo suficientemente significativo como para decir que la enfermedad llegó a Buenos Aires", explicó la sanitarista Alicia Stolkiner, titular de la Cátedra de Salud Pública de la UBA. "La epidemia está entre nosotros" (Diario Crítica de la Argentina - 08/04/09)

Hasta el titular de Red Solidaria opinó: ... agregó que lo fundamental del problema del dengue es el colapso del sistema integral de salud y la cantidad alarmante de muertes indirectas que esto genera: "El paciente que se va a atender por otra enfermedad tiene que hacer una cola terrible y, a veces, no llega a atenderse" (La Nación - 08/04/09).

Lemus advirtió que se espera superar el número de casos del 2007 (351), admitiendo la magnitud de la epidemia (Prensa Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires).

El director de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Juan Carlos Bossio reconoció que este es el peor año con el dengue.

(<http://www.clarin.com/diario/2009/04/03/um/m-01890407.htm>)

En 1963 se alcanzó la erradicación del mosquito *Ae. Aegypti* pero el abandono de los programas de control vectorial, trajo como consecuencia la reintroducción del mosquito en el norte del país hacia 1983, dispersándose hasta Mendoza, La Pampa y Buenos Aires. En 1997 ocurrieron 20 casos en viajeros al extranjero; en 1998 hubo 330 casos autóctonos en Salta y a partir de esa fecha se registraron 3452 casos confirmados de los cuales 2943 fueron autóctonos (Clarín 03/04/09).

Hasta 2008 se registraron casos autóctonos en Misiones, Salta, Jujuy, Formosa y Corrientes.

En 2009 las cifras se multiplicaron, abarcando las provincias de Chaco, Catamarca, Tucumán y Corrientes, registrándose viajeros que contrajeron la enfermedad en Neuquén, La Pampa, Buenos Aires, Mendoza, La Rioja, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Santa Fe, Formosa y en la Ciudad de Buenos Aires. (Clarín 03/04/09).

Las cifras de la no reconocida epidemia de dengue, superan los informes del gobierno nacional.

Distintas fuentes estiman que la epidemia ya afectó a más de 20.000 personas.

Mientras tanto el gobierno nacional naufraga ante el avance de la enfermedad, ocultando las verdaderas cifras de personas afectadas, al estilo del INDEC.

La anunciada y desprevénida catástrofe sanitaria llegó al país.

Fuente consultada: www.inversorsalud.com.ar

La epidemia en la ciudad de Buenos Aires

A excepción de un sólo caso registrado en la Provincia de Santa Fe ocasionado por el DEN 3, los informes del Ministerio de salud de la Nación, señalan que el serotipo viral responsable de los casos de dengue en nuestro país es el DEN 1.

Las cifras informadas por el Departamento de Epidemiología de la CABA señalan que los casos de dengue confirmado asistidos desde el año 1999 hasta la semana 12ª del 2009 ascienden a 423 enfermos, siendo el mayor número de casos el correspondiente al año 2007.

Hasta la semana epidemiológica 12ª, se confirmaron 66 casos en la CABA, de los cuales 28 corresponden a residentes en la Ciudad. La procedencia de los casos confirmados corresponden en un 50% a Bolivia, 18.5 % a la Pcia. del Chaco, 13% Pcia de Salta, 7% Brazil, 4% Catamarca, 7.5 % otros. (Epidemiología. Ministerio de Salud. Gobierno de la CABA. 30/03/09)

Mauricio Macri, aseguró que "la situación está controlada", se informó que continúa la fumigación en los espacios verdes porteños (La Nación 07/04/09).

Sólo 72 horas después, Macri enfrenta el diagnóstico de los primeros casos autóctonos en la CABA.

Clarín informó el sábado 11/04/09, que las autoridades sanitarias esperaban los resultados de varios casos sospechosos de dengue autóctono en la CABA y en la Provincia de Buenos Aires.

El director del Instituto Pasteur Oscar Lencina precisó que se trata de 6 casos no vinculados a provincias en las que circula el mosquito infectado.

Según surge de las cifras del Ministerio de Salud, una persona se contagia cada poco más de dos minutos. El dato se desprende de la evolución de aquellas estadísticas oficiales: el viernes se reportaron 5827 casos y ayer se informó sobre 7737, en 18 provincias y en la Capital. Esto significa que en 72 horas un promedio de 636 personas contrajeron el virus cada día, a razón de 26,5 por hora. (La Nación 07/04/09)

Dengue en Salta

En el boletín EpiCiudad del 04/07/08 se recogió una información proveniente del Ministerio de Salud Pública de Salta

“Salta: Comienzan actividades de invierno contra el mosquito transmisor del dengue. El Director de Coordinación Epidemiológica Alberto Gentile informó que en los próximos días se inician las actividades de invierno contra el *Aedes aegypti*, mosquito zancudo vector del dengue y la fiebre amarilla”. Fuente: Prensa - Ministerio de Salud Pública de Salta.

Refiriéndose a que en Salta se aplica un método único de control, que destruye los huevos de mosquitos depositados durante la estación lluviosa, mediante la aplicación de lavandina a una determinada concentración sobre las paredes de los recipientes secos, se señala que con este método se comprobó una efectividad cercana al 90%.

Informa también que el trabajo se realiza casa por casa en unas 50 mil viviendas de los municipios de alto riesgo, a cargo de personal provisto por cada intendencia, a los que el MSP provee los insumos y elementos necesarios, más la indumentaria.

Gentile consideró alentadores los resultados obtenidos, toda vez que se comienza a ver los frutos de la aplicación de métodos combinados para el manejo integrado de poblaciones de *Aedes aegypti*, sumados a un ajustado mecanismo de vigilancia epidemiológica y laboratorial y al perfeccionamiento de las intervenciones epidemiológicas para el control de brotes.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, en la Provincia de Salta hay informados 3.511 casos de pacientes con sospecha de dengue, hay 18 casos probables (sin confirmación de laboratorio) y 816 casos confirmados; 3 son los casos de dengue hemorrágico y sólo 80 fueron casos importados, dando cuenta de la expansión de la epidemia de casos autóctonos.

Finalmente, Salta declaró la emergencia sanitaria.

El 05/04/09 el diario Clarín informó el tercer caso de fallecimiento por dengue hemorrágico en Salta, en la ciudad de Orán, sumando 9 el número de víctimas fatales en el país.

Las previsiones del funcionario salteño desnudan su intención política.

El dengue se expande. Ocaña, Capitanich, Urtubey, Brizuela: fuera!

Van nueve muertos. Las cifras crecen diariamente. El gobierno, que hace una semana reconocía sólo 3.500 casos, ahora reconoce al menos 5.827. Clarín (6/4) habla de 13 mil casos. Hasta el domingo pasado, el gobierno negaba la existencia de una epidemia. Ahora, el director de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Juan Carlos Bossio, reconoce que "hay 13 provincias afectadas por dengue importado" y otras "seis con transmisión autóctona, que tienen localidades con muchos casos respecto de la población".

El gobierno minimiza un problema que se expande como mancha de aceite. Hay 19 provincias y, al menos, 30 mil afectados (La Nación, 6/4). Por cada caso que va al hospital, hay tres que se quedan en su casa (Norte, 5/4). La cantidad de casos se duplica semanalmente. El ocultamiento oficial agrava el problema. El 'brote' de dengue vino de Bolivia y comenzó en el norte salteño; Urtubey ocultó el tema para que no afectara el negocio del turismo en enero y febrero. En el Chaco -a mediados de febrero- Capitanich y su mujer, la ministra de Salud, enviaban un memorándum a los hospitales prohibiendo hablar del dengue. Hoy, 47 localidades chaqueñas presentan casos de dengue...

Volver al pasado

Se dice que frente al dengue no hay clases sociales. Falso. El mosquito no distingue entre sangre azul, burguesa o proletaria, pero los casos de dengue se concentran en las poblaciones periféricas de las ciudades, donde los sectores plebeyos viven hacinados en construcciones precarias, sin cloacas, gas ni agua potable.

Charata, bastión sojero chaqueño, tuvo un alto crecimiento demográfico en la última década sobre bases habitacionales precarias. La elevada renta agraria concentra la propiedad en el campo y genera especulación inmobiliaria en las ciudades. El dengue está mostrando el atraso histórico de la Argentina. La "descacharrización" (la recolección de los cacharros que los pobladores ponen en los techos y los patios de las casas) se explica por la ausencia de agua potable. Los cacharros son para juntar agua de lluvia. En Charata o Tartagal, donde se recogieron 1.000 toneladas de cacharros, se movilizó al Ejército para producir en forma temporaria agua potable.

La precariedad de la situación habitacional y sanitaria está llevando a que cada vez más voces del ámbito académico y sanitario planteen la posibilidad de la reemergencia del cólera en todo el norte argentino.

La propagación geométrica del dengue tiene una barrera natural: las bajas temperaturas. La tropicalización del clima como consecuencia del desmonte sojero aleja esta barrera. Dentro de un mes, cuando llegue el frío, en Argentina habrá unos 100 mil infectados. En primavera, estas decenas de miles de infectados serán la base de una propagación a una escala superior. Si el dengue llega a reproducirse autóctonamente en el conurbano y su constelación de villas, o en Rosario, el desastre está garantizado.

Tenemos que intervenir

Los gobiernos son responsables del avance epidémico de la enfermedad. Han comenzado movimientos populares en las zonas afectadas, que denuncian a Capitanich en Chaco o a Urtubey en Salta.

En Tartagal y Orán se produjeron importantes movilizaciones que pusieron en pie comisiones de vecinos y un comité popular de crisis -en contraposición con el comité de crisis del municipio. Algunos sectores están planteando "que se vayan los ocultadores" (La Nación, 6/4). Estas movilizaciones consiguieron presupuesto para la conformación de brigadas de "descacharrización" y desmalezamiento con desocupados y el compromiso del incremento del personal afectado a los hospitales zonales.

El dengue pone en evidencia las contradicciones que produjo la sojización (riqueza para pocos en el campo, pobreza para muchos en las ciudades y en el campo). Los hospitales públicos están funcionando en condiciones de vaciamiento de insumos, equipos y médicos y enfermeros. Un médico atiende 600 consultas

diarias...

Vuelven las enfermedades del pasado (cólera, fiebre amarilla, dengue, leishmaniasis, etc.) porque durante la última década se vació el organismo estatal orientado a su prevención.

El problema del dengue es un problema social y político. Las autoconvocatorias en las zonas afectadas marcan el camino: asambleas populares de los trabajadores que tomen en sus manos la resolución del problema que el gobierno ningunea. Fuera los gobiernos del dengue; impulsemos un congreso obrero, campesino e indígena frente al desastre que está provocando la descomposición del régimen político. Por un plan obrero contra el dengue y la catástrofe capitalista. **Fumigación casa por casa. Brigadas populares de desmalezamiento, "descacharrización" y fumigación, integradas por desocupados incorporados a planta municipal. Triplicación del presupuesto de salud y educación. Prohibición del desmonte; confiscación de la gran propiedad terrateniente, el capital agrario. Plan de reforestación y reconversión agraria. Impuestos confiscatorios al gran capital para financiar la industrialización provincial, el acceso al agua potable y un plan de viviendas populares. Expropiación y control obrero de toda empresa que despida o suspenda. Nacionalizar la banca y el comercio exterior para que la crisis la paguen los capitalistas.**

Freddy Gima
