

Diego A Bernardini Zambrini

Lecciones desatendidas entorno a la epidemia de dengue en Argentina, 2009

Neglected lessons from the 2009 dengue epidemic in Argentina

RESUMEN

Este artículo es una reflexión acerca del impacto de la epidemia 2009 en Argentina, con 26.000 afectados y seis muertes, y como las consecuencias pudieron haber sido mucho menores si hubiese existido diálogo y entendimiento entre epidemiología y política sanitaria. La falta de preparación, la descoordinación en la respuesta y el impacto sobre la población, confirman la brecha existente entre la evidencia científica y la toma de decisión política. La epidemiología y la política sanitaria tienen distintas prioridades, distintos tiempos y distinta escala de valores. Las lecciones de la epidemia de 2009 deberían servir para acercar estos dos pilares de la salud pública de cara al beneficio de la comunidad, que al fin, es el objetivo común.

DESCRIPTORES: Dengue, epidemiología. Brotes de Enfermedades, prevención & control. Vigilancia Epidemiológica, organización & administración. Política de Salud. Argentina.

ABSTRACT

The article reflects on the impact of the 2009 dengue epidemic in Argentina, with 26,000 infected and six deaths. The impact could have been greatly reduced through dialogue between epidemiology and public health policy. Lack of preparation, poor coordination of the response and the impact on the population confirm the gap between scientific evidence and decision-making. Epidemiology and health policy have different priorities, different times and different values scales. The lessons of the 2009 epidemic should serve to improve collaboration between these two pillars of public health for the benefit of the community, which is ultimately the shared objective.

DESCRIPTORS: Dengue, epidemiology. Disease Outbreaks, prevention & control. Epidemiologic Surveillance, organization & administration. Health Policy.

Departamento de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de Salamanca. Salamanca, España

Correspondência | Correspondence:

Diego Bernardini Zambrini
Universidad de Salamanca
Av. Campo Charro s/n
Facultad de Medicina
Campus Universitario
37007 Salamanca, España
E-mail: diegobernardini@usal.es

Recibido: 11/3/2010

Aprobado: 9/9/2010

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

INTRODUCCIÓN

El dengue es una de las mayores enfermedades tropicales emergentes en 2007, solo en las Américas fueron reportados más de 1 millón de casos.⁷

Durante la primera mitad del siglo pasado el mosquito *Aedes aegypti*, vector del dengue en las Américas, estaba presente en el norte y centro de Argentina. Alrededor del año 1960, como consecuencia de la campaña liderada por la Organización Panamericana de la Salud con el fin de dar respuesta a la epidemia de fiebre amarilla, el mosquito fue erradicado.¹ Sin embargo, su presencia fue evidenciada nuevamente en 1987 en el norte del país y, años más tarde, en algunas provincias del centro.⁵

Específicamente, la provincia de Buenos Aires fue reinfestada en 1991 y la Capital Federal en 1995, encontrándose altos niveles de dispersión del mosquito en domicilios particulares de ambos territorios (35% y 18%, respectivamente).² En años posteriores, se evidenció la circulación del virus dengue en diversas regiones del país: en 1998, el virus DEN-2 fue detectado en el noroeste de Argentina; en el 2000, se produjo un brote provocado por DEN-1 en el noreste del país;³ entre los meses de diciembre de 1999 y marzo del año 2000, se detectaron y trataron en Buenos Aires 38 casos importados desde Paraguay, que en ese mismo periodo reportó 42.000 casos;⁴ posteriormente, en 2004, un nuevo brote se registró en Tartagal, Provincia de Salta, con un total de 487 casos sospechosos de dengue.^{9,12}

En los años 2007 y 2008, se presentaron los casos más recientes de dengue en Argentina, localizándose en las provincias de Salta, Corrientes y Formosa, donde se confirmaron 53 casos de DEN 1, 2 y 3.

A partir del año 1999, surgió la preocupación por el reestablecimiento del dengue en Argentina, debido a la presencia de factores como, las altas densidades del vector, los bajos niveles de inmunidad de la población humana, la presencia endémica del virus en los países vecinos y el deterioro de las condiciones de salubridad, aunado al clima subtropical de las regiones norte y central del país, que favorecen las condiciones para la reemergencia de la enfermedad.

LA EPIDEMIA DE 2009

El grado de infestación por el vector en Buenos Aires es mayor al registrado en la temporada de erradicación del mosquito. La humedad y la temperatura del medio ambiente, así como, la densidad de población humana y la disponibilidad de reservorios de agua para ovoposición, constituyen factores que ayudaron a la proliferación del *Ae. aegypti*.

Buenos Aires era especialmente favorable para el establecimiento del mosquito: más de 12 millones de

habitantes, densidad de población de 3.230 habitantes por kilómetro cuadrado, temperatura media anual de 17 grados y humedad promedio entre el 65% y 70%.

En el norte del país, las mayores tasas de ovoposición del mosquito guardan correlación con la época de precipitaciones, de octubre a diciembre. En Argentina, cerca del 87% de la población vive en ámbito urbano, de manera que la gran mayoría de la población habita en lugares donde el mosquito encontraría condiciones favorables para su desarrollo. Desde el punto de vista temporal el riesgo sería máximo en los meses de enero, febrero y marzo, con riesgo medio en los meses siguientes y casi nulo entre junio y septiembre, los meses fríos.^{13,14} Aunado a ello, los meses de mayor infestación coinciden con la época de vacaciones en el país, cuando los turistas regresan con el virus en su sangre e incrementan la posibilidad de brotes epidémicos.⁶

Para entender las relaciones existentes entre las condiciones ambientales y los resultados de salud es imprescindible conectar estos datos, tomando como objeto de estudio a las poblaciones y no, consultas de personas aisladas.

En los meses finales del año 2008, se desarrolló en Bolivia una epidemia de dengue que en marzo de 2009 fue considerada, por la Organización Mundial de la Salud, como la peor de las ocurridas en ese país. En abril se detectaron los primeros casos en Buenos Aires y el 15 de mayo, el Ministerio de Salud de la Nación confirmaba más de 24.000 casos autóctonos y cinco muertes por el dengue. A mediados del mes de junio el Ministerio de Salud de la Nación daba por finalizada la epidemia de dengue con más de 26.000 infectados y seis fallecidos oficiales, aunque las cifras no oficiales hablan de casi 50.000 afectados.

LECCIONES Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

En la actualidad, Argentina presenta una sociedad fragmentada y con un empobrecimiento de sus condiciones de vida, particularmente después de la crisis económica del año 2001. En ese momento un informe del Banco Mundial alertaba lo siguiente: “este deterioro de las condiciones socioeconómicas de la población permite anticipar que, de no haber intervenciones oportunas, el país experimentara también un aumento de enfermedades estacionales”. Hoy sabemos que peores condiciones de vida reflejan peores resultados en salud, y esto, junto a la enorme cantidad de datos y de alertas en torno al dengue colaboró muy poco en la implementación de medidas que ayudaran a la prevención y mitigación de los efectos de la epidemia.

La interpretación “epidemiológica” de estas condiciones mostró que la combinación de los individuos y sus

factores de riesgo resultaron en una situación de alta vulnerabilidad; por su parte, la población y sus determinantes reflejaron un fuerte impacto en la epidemia. La realidad, la realidad mostró un alto grado de improvisación y descoordinación entre los distintos actores involucrados, a pesar de contar con datos epidemiológicos descriptivos (miden salud), de vigilancia (medición de patrones y tendencias) y de mapeo. Este último recurso, el de realizar mapas gráficos, es el más efectivo no solo a la hora de “vender”, o convencer a los políticos.

La evidencia generada por los epidemiólogos tiene el valor agregado de ser útil en diferentes etapas del abordaje de las situaciones de salud y tiene la ventaja de permitir ordenar las prioridades. Siendo así, ¿Porque la información epidemiológica con que se contaba previo a la epidemia tuvo tan poco impacto en las medidas de política sanitaria, tendientes a disminuir y prevenir el impacto de una potencial epidemia?

Una respuesta posible puede ser el poco dialogo entre la epidemiología y la política.

La epidemiología como la política tienen diferente sustento técnico, también diferentes escalas de tiempo, suelen manejar distintos valores de información cualitativa y cuantitativa, y si los tienen no los integran. Dicho en otros términos, existen problemas de convivencia muy serios. Hasta hace muy poco la epidemiología solía ver casi siempre a través de la lente de los factores de riesgo y actualmente tiende a hacerlo a través de los determinantes sociales. Esto no es un detalle nimio, hace al cambio de perspectiva y también al cambio de prioridades, es casi un cambio de paradigma.

Necesitamos orientación y aproximación amplia entre epidemiología y quienes planifican y diseñan políticas de salud, con mejor comunicación y capacidad de recepción más desarrollada. La evidencia científica y su aplicación a políticas orientadas permiten proyectar el impacto comunitario.

En el fenómeno del dengue y la salud pública en Argentina, lo más importante fue que por primera vez ocurrió una epidemia a gran escala. Esta epidemia no afectó solamente a ciudades satélites o del interior del país, sino que su mayor núcleo urbano y una de las mega ciudades de la región presentó muerte de personas que desarrollaron la enfermedad de manera autóctona.

Por otro lado, quedaron al desnudo falencias que deberán ser corregidas en el corto plazo para la prevención de nuevas epidemias. Las acciones que se tomaron a principios de los años 1990 con los primeros brotes de dengue fueron ineficaces. Los esquemas de control durante la

etapa de erradicación, basados en estrategias verticales – ideadas desde los niveles centrales de la administración y sin participación comunitaria – no tuvieron los resultados esperados. Esto ocurrió porque las acciones no fueron técnicamente adecuadas, o no hubo políticas sanitarias con la fuerza y el convencimiento necesario de la administración conformada por técnicos y políticos, para implementar las que debieron ser correctas.¹¹

La comunicación es un factor decisivo pero no suficiente. La información, el conocimiento y la percepción de riesgo constituyen un sistema continuo, parte dentro de un proceso que tiende a modelar practicas, hábitos y conductas, orienta en este caso a la promoción y prevención en salud.¹⁰

El otro punto de análisis y reflexión fue la no revalorización el rol de la atención primaria de la salud en medio urbano. Analicemos el caso de Brasil, el país con mayor número de casos anualmente reportados. La mayor parte de los últimos casos de dengue se han concentrado en la ciudad de Rio de Janeiro que tiene menos de 12 millones de habitantes y una densidad de 4.800 habitantes por kilómetro cuadrado, es decir, algo menos que Buenos Aires. Sin embargo, la ciudad vecina de Niterói, a pesar de tener las mismas características poblacionales, reflejó diferencias en la tasa de infección por habitante (1.038/100000), con relación a Rio de Janeiro (2.036 casos por 100000 habitantes). ¿A qué se debió la diferencia?

En los últimos 20 años la población de Niterói pasó a tener una cobertura de salud basada en atención primaria del 1% al 77%, cambio que fue paralelo a la disminución de casos de dengue en esta ciudad. Rio de Janeiro solo tiene el 7,2% de su población cubierta por un sistema de atención primaria, constituyendo el valor más bajo entre las capitales de estado de Brasil.⁸

El tratamiento medico de la enfermedad del dengue es una práctica básica de cualquier sistema sanitario. Esto significa que en el caso del dengue, su nivel de atención por excelencia es el primer nivel. La progresión de la enfermedad se ha hecho imposible de controlar, por lo que volver a los programas de erradicación es una utopía. Es por ello que los esfuerzos deberían estar orientados a la capacitación y al fortalecimiento de la atención primaria.

El tomar en consideración las mejores prácticas en la región podría ser una forma de reducir de forma efectiva y con evidencia de buena practica, la brecha que aun hoy existe entre lo que es y debería ser, entre salud pública y política sanitaria.

REFERENCIAS

1. Alonso JM, Risso A, Mangiaterra M, Guilleron C, Gorodner J. Prevalencia de dengue en un área de riesgo en la Argentina. *Medicina (B Aires)*. 1987;47(5):551.
2. Aviles G, Rangeon G, Vorndman V, Briones A, Baroni P, Enria D, et al. Dengue reemergence in Argentina. *Emerg Infect Dis*. 1999;(5)4:575-8. DOI:10.3201/eid0504.990424
3. Aviles G, Paz M, Rangeon G, Ranaivoarisoa M, Verzeri N, Roginski S, et al. Laboratory surveillance of Dengue in Argentina. 1995-2001. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(6):738-42.
4. Campos RE. Presencia de *Aedes (Stegomyia) aegypti* L. (Diptera: Culicidae) en la localidad de Quilmes (Buenos Aires, Argentina). *Rev Soc Entomol Argent*. 1993;52:36.
5. Carbajo E, Schweigmann N, Curto S, Garin A, Bejaran R. Dengue transmission risk maps of Argentina. *Trop Med Int Health*. 2001;6(3):170-83. DOI:10.1046/j.1365-3156.2001.00693.x
6. Carbajo A, Gómez S, Curto S, Schweigmann N. Variación espacio temporal del riesgo de transmisión de dengue en la ciudad de Buenos Aires. *Medicina (B Aires)*. 2004;64(3):231-4
7. Centers for Disease Control and Prevention. Travel Associated Dengue Surveillance, United States, 2006-2008. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(23):715-9.
8. Roriz-Cruz M, Sprinz E, Rosset I, Goldani L, Texeira MA. Dengue and primary care: a tale of two cities. *Bull World Health Organ*. 2010;88(4):244. DOI:10.2471/BLT.10.076935
9. Rotela C, Fouque F, Lamfri M, Sabatier P, Introini V, Zaidemberg M, et al. Space time analysis of the dengue spreading dynamics in the 2004 Tartagal outbreak, Northern Argentina. *Acta Trop*. 2007;103(1):1-13. DOI:10.1016/j.actatropica.2007.05.003
10. Schweigmann N, Rizzotti A, Castiglia G, Gribaudo F, Marcos E, Burrioni N, et al. Información, conocimiento y percepción sobre el riesgo de contraer el dengue en Argentina: dos experiencias de intervención para generar estrategias locales de control. *Cad Saude Publica*. 2009;25 Supp 1:S137-48. DOI:10.1590/S0102-311X2009001300013
11. Seijo A. Dengue 2009: cronología de una epidemia. *Arch Argent Pediatr*. 2009;107(5):387-91.
12. Seijo A, Cursio D, Avilés G, Cernigoi B, Deodato B, Lloveras S. Imported dengue in Buenos Aires, Argentina. *Emerg Infect Dis*. 2000;6(6):655-6. DOI:10.3201/eid0606.000619
13. Stein M, Oria G, Almiron W, Willener J. Seasonal fluctuation of *Ae Aegypti* in Chaco Province, Argentina. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(4):559-64. DOI:10.1590/S0034-89102005000400007
14. Vezzani D, Velázquez SM, Schweigmann N. Seasonal pattern of abundance of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) in Buenos Aires City, Argentina. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2004;99(4):351-6. DOI:10.1590/S0074-02762004000400002

El autor declara que no hay conflicto de interés.