

## LAS DECISIONES POLÍTICAS Y SU INFLUENCIA EN LOS PROGRAMAS DE SALUD

Chuit, R.<sup>1</sup>, Curto, S.<sup>2</sup>, Segura, E.

### RESUMEN

*El objetivo de este trabajo es analizar la evolución epidemiológica de cuatro enfermedades de importancia sanitaria para Argentina y observar el impacto que diferentes decisiones político / administrativos / técnicas han tenido en su desarrollo histórico epidemiológico.*

*Analizamos la evolución histórica del Paludismo, Enfermedad de Chagas, Fiebre Hemorrágica Argentina (Virus Junín) y Dengue, asociándolos a los diferentes períodos administrativos de gobierno. La incidencia y prevalencia de estas enfermedades se dan fundamentalmente en jurisdicciones que tienen los PBI más bajos, índices generales de educación y desarrollo en los percentiles inferiores y, por lo tanto, las intervenciones dependen fundamentalmente del financiamiento y de la estructura federal.*

*Argentina logró el control de las poblaciones del Aedes aegypti en 1965 y con ello, la suspensión de la ocurrencia de casos de Fiebre Amarilla. Hoy el vector está distribuido más allá de sus fronteras originales produciendo epidemias de Dengue y la retransmisión de Fiebre Amarilla. En Paludismo, de más de 100.000 casos anuales ocurridos durante toda la primera mitad del siglo pasado, se logró bajar la incidencia a poco más de 400 casos en pocos años. Hoy está siendo una amenaza en amplias zonas del Norte y el Litoral de Argentina. De controlar la transmisión vectorial de Chagas, que de unos pocos casos notificados en áreas determinadas en 1996, hoy el número de Chagas agudos vectoriales no deja de aumentar año a año.*

*La excusa más extendida para justificar estos cambios es el calentamiento global, pero podemos afirmar con los datos de nuestro estudio, que mejorando el ambiente político, paso crítico, se pueden alcanzar muchos de los objetivos que han quedado postergados en el área de la salud pública de Argentina.*

*Los argentinos podríamos tener una mejor salud de la que actualmente tenemos si hubiera existido continuidad y estabilidad de las acciones que se desarrollaron en los últimos 60 años.*

*Palabras clave: epidemiología, programas de salud, política.*

---

1 Instituto de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires, Pache-co de Melo 3081, (1425), Buenos Aires, Argentina. FAX: (5411) 4805 3592. e-mail: chuit@epidemiologia.anm.edu.ar

2 Instituto Nacional de Parasitología "Dr. M. Fatała Chaben" y CONICET

*ABSTRACT*

*The political decision and their influence on health programs development.*

*The objective of this work is to analyze the epidemiological evolution of four diseases in the course of different governmental administrations.*

*We analyzed the historical evolution of the Paludismo, Chagas' disease, Argentine Hemorrhagic Fever (Junin Virus) and Dengue. The incidence and prevalence of these diseases occur fundamentally in jurisdictions that have the lowest GDP, education indices and human development are in the lower percentiles and therefore the interventions depend fundamentally on the financing and federal structures.*

*In the analysis of the Argentina diseases profit the control of the Aedes aegypti vector of Yellow Fever and Dengue was controlled in 1965 and the suspension of the occurrence of Yellow Fever was achieved, today, the vector is distributed beyond its original borders producing epidemics of Dengue and the broadcasting of the Yellow Fever. In Paludismo of more than 100,000 cases occurred during the first half of the last century we were able to lower it to a little more of 400 cases in a short period of time, and today is being a threat in wide zones of the Northwest and the Northeast of Argentina. From almost controlling the Chagas vector transmission in 1996, when only a few cases were reported; today, the amount of acute cases rises to nearly more than 60 cases reported per year.*

*The extended excuse of these occurrence is the global warming and we can affirm without being mistaken, with the data of our study, that improving the political atmosphere, will help to achieve many of the objectives that have been delayed in the area of public health in Argentina.*

*We, Argentineans, could have a better health than we have at the moment if it had existed continuity and stability in the actions that were developed in the last 60 years.*

*Keywords: epidemiology, health program, politics.*

**INTRODUCCIÓN**

La condición actual de salud en Argentina es el resultado de los aciertos y desaciertos en las tomas de las decisiones políticas de las diferentes administraciones a lo largo del tiempo. Los éxitos fueron logrados cuando esas políticas<sup>1</sup> actuaron en concordancia con las iniciativas mundiales, y a modo de ejemplo se puede mencionar el control de la fiebre amarilla y su vector el *Aedes aegypti* en la década de 1960, la erradicación de la viruela en la década de 1970, la certificación de la eliminación de la poliomielitis en 1994 y la inclusión de nuevas

vacunas en el calendario oficial de vacunación a partir de 1996. Sin embargo, son muchas las asignaturas pendientes en el área de la Salud.

La evaluación de las intervenciones de la salud pública debería ser una actividad permanente y basada en la evidencia con el objeto de analizar lo actuado por los gestores y permitir ajustes administrativos, operativos o técnicos en los problemas detectados. Este tipo de evaluaciones deberían tomar una dimensión ética ya que son administrados recursos económicos de todos los ciudadanos e involucran decisiones de política sanitaria que influyen en los resultados, afectando consecuentemente, la salud de las personas. Estas evaluaciones son en muchas oportunidades de difícil realización en tiempo real por las dinámicas propias de cada administración, programa y/o enfermedad ya que la información y/o datos a ser analizados se encuentran dispersos en discursos, leyes, resoluciones administrativas, crónicas, renuncias, designaciones o en la memoria de los individuos que integran las instituciones. Otra dificultad es que toda evaluación debe efectuarse en el contexto histórico local y/o regional en que se desarrolló y que las responsabilidades no queden diluidas en el laberinto del anonimato de la información general<sup>2</sup>.

El objetivo de este trabajo es analizar el impacto que las decisiones políticas, administrativas y/o técnicas de las administraciones gubernamentales han tenido en la evolución epidemiológica de cuatro enfermedades (Paludismo, Dengue/Fiebre Amarilla, Chagas y Fiebre Hemorrágica Argentina) a lo largo de los años de "lucha sanitaria", asociando el impacto con las intervenciones administrativas mediante una revisión sistemática de los diferentes actos administrativos<sup>3</sup>.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se trabajó sobre los resultados de los programas de las enfermedades seleccionadas. Para ello consideramos que los recursos, instalaciones, equipos, materiales y el personal conforman un único sistema que acusa la influencia de fuerzas o circunstancias que le son externas y que son, precisamente, las que buscamos determinar. Esas fuerzas o circunstancias externas las diferenciamos en "activas"<sup>4</sup> (leyes, resoluciones, memorandos) y "fácticas" (decisiones sin antecedentes escritos y que conforman el conocimiento institucional) y tienen consecuencias sobre los presupuestos, la renovación de personal o la priorización o no de actividades a desarrollar por la institución o los individuos.

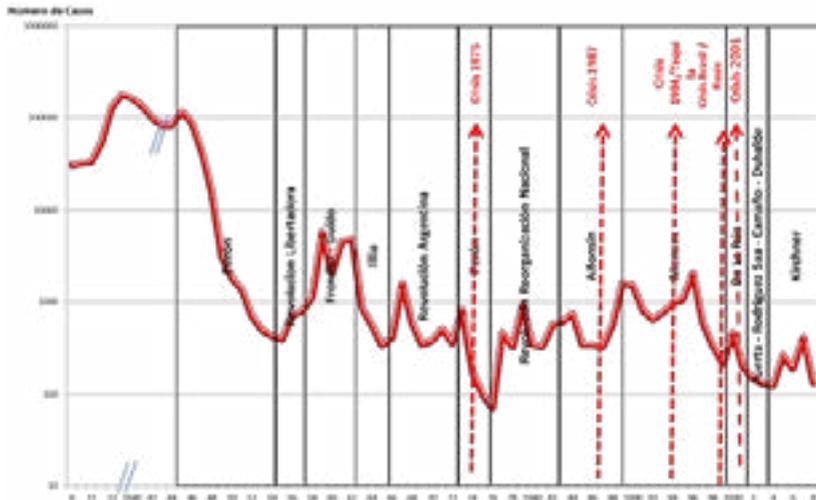
Las variables seleccionadas para medir el impacto de las intervenciones son el número de personas infectadas, acciones de rociados, puesta en marcha de la producción de una vacuna o laboratorio productor. Éstas fueron seleccionadas por haber mantenido registros certificados y/o mecanismos de notificación uniformes en el periodo estudiado<sup>5</sup>.

Se confeccionaron gráficos en los cuales la escala del eje "x" corresponde a la variable "años de existencia del programa correspondiente" (o periodo del que se cuenta con datos) y la del eje "y" corresponde a indicadores o variables que muestran, de manera cuantitativa o cualitativa, las modificaciones producidas a través del tiempo a las que la OMS denomina "variables que sirven para medir cambios".

En el gráfico de paludismo y dengue se marcaron los años correspondientes a distintos periodos presidenciales o gestiones de gobiernos de facto y, en algunos casos, la gestión de algún especialista destacado. Para ello se utilizó bibliografía especializada en historia de la salud pública en la Argentina y de las Américas. Además se marcan los años de crisis financieras que sufrió el país. En el gráfico de la enfermedad de Chagas se marcaron crisis financieras/económicas como así condiciones administrativas que modificaron la orientación y objetivos del programa. En el Gráfico de Fiebre Hemorrágica Argentina se marcaron los adelantos y descubrimientos sobre el virus y las vacunas.

## PALUDISMO

**Figura 1. Número de casos autóctonos de paludismo y hechos relevantes de la historia/política. 1909-2008. Argentina**



Fuente: Boletín epidemiológico Nacional / SINAVE

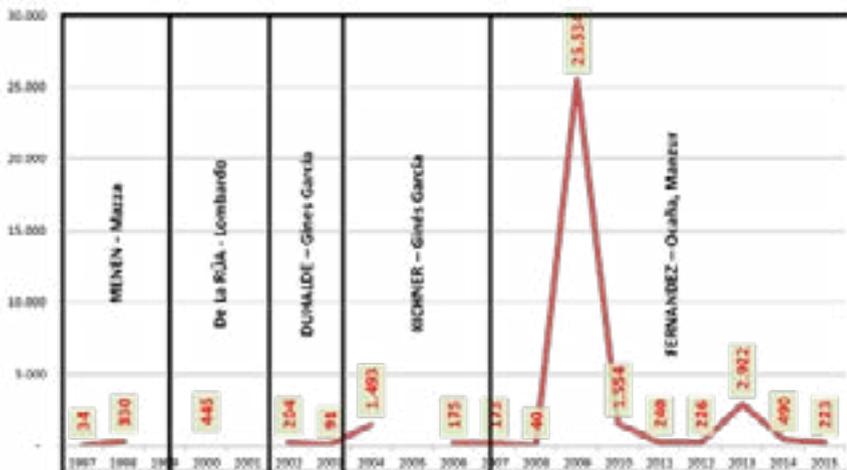
Si se analizan los casos ocurridos de Paludismo y se los relaciona con periodos específicos de la historia de la República Argentina, es posible observar que en los primeros 40 años del siglo pasado el número de casos anuales superaba en promedio los 100.000. Es a partir de 1944 que se observa una drástica caída en su número que pasa en los siguientes 10 años de 115.076 casos a una cifra inferior a 424 casos<sup>6</sup>. Lo sucedido en esta época es la conjunción política en el gobierno nacional de un Ministro de Salud, el Prof. Ramón Carrillo y de un técnico de excelencia, el Dr. Carlos Alvarado, consultor de la OMS para el tema, que pusieron en marcha un programa de amplia cobertura geográfica, unida de criterio técnico, acciones específicas y de intervención nacional. Podría decirse que a nivel nacional es la época de oro del programa de control del Paludismo<sup>7</sup>.

Esta actividad fue interrumpida a partir de 1955 cuando se rompe el orden institucional, y se observa que pasa de los 424 casos a 5,620 en 1959. El número de casos se mantiene elevado hasta 1962 cuando se inicia la gestión del Ministro Dr. Arturo Oñativia, que retoma los procedimientos aplicados entre 1950-1955 y en tres años los casos de paludismo de 4.708 pasan a 413 casos.

Una nueva interrupción democrática se produce en la Argentina en 1966, en la cual nuevamente se disminuyen las acciones de control y el número de casos vuelve a aumentar. A partir de ese momento, el programa de control entra en un período de incertidumbre que provoca que Argentina presente un brote en 1966 – 1967, manteniéndose por encima de los 600 casos, con un pico de 814 casos en 1973 con una fuerte intervención bajando el número de casos. En 1976 se produce una nueva ruptura del orden constitucional y en 1977 – 1978 se superan los 900 casos de ocurrencia. En la década de los años 80 y la primera mitad de la década de los 90 el número de casos se mantiene entre los 500 y 1.300 que se reducen en el periodo 1995 – 1997 a 150 casos luego que se organizan diferentes intervenciones sanitarias. Esta cifra se mantiene hasta que a partir del año 2004 se incrementa a más de 600 en el año 2006.

**FIEBRE AMARILLA Y DENGUE**

**Figura 2. Número de casos de Dengue autóctono. 1997-2015. Argentina**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia e Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas Dr. Julio Maistegui

En los inicios del siglo XX se reportan casos autóctonos de dengue en las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones. En 1916 ocurre una epidemia en Entre Ríos con más de 15.000 casos reportados, y con posterioridad a esta fecha no son informados nuevos casos, ya que se reportan solamente casos de fiebre amarilla<sup>8</sup>.

En 1932-1933 se crea el Servicio de Profilaxis de Fiebre Amarilla, que desarrolla sus actividades en las provincias de Salta, Jujuy y Formosa. En 1945 la Dirección General de Paludismo y Enfermedades Tropicales crea un “Servicio de lucha integral antimosquito” con la jefatura en San Miguel de Tucumán, con personal del gobierno provincial y municipal. En 1950 se crea el Servicio Nacional de Lucha contra la Fiebre Amarilla (Decreto 25.798/50) para cumplir con el compromiso Argentino de apoyar el Programa Continental de Erradicación del Vector *Aedes aegypti* transmisor de la fiebre amarilla coordinado por la Organización Panamericana de la Salud que comienza en 1947. En el año 1951 se dicta la ley 14.022/51 de Profilaxis contra la Fiebre Amarilla, reglamentada por el Decreto 10.183/51. La intensificación de las acciones impulsadas por los convenios internacionales apoyados en la ley logra la certificación de la erradicación del vector en 1965<sup>9</sup>.

Durante 20 años no es notificada la presencia de *A. aegypti* en Argentina, pero en 1986, su presencia fue registrada en las ciudades de Posadas y Puerto Iguazú (Provincia de Misiones) y en Puerto Pilcomayo y Clorinda (Provincia de Formosa). En 1991 el vector es hallado en Quilmes (provincia de Buenos Aires) y en 1994 en las provincias de Salta, Jujuy y Tucumán totalizando 150 localidades infestadas por el vector. En 1995 es detectado en Córdoba y en la ciudad de Buenos Aires. Para el año 1999 / 2000 el vector ya es detectado en más de 567 localidades de Argentina. En 1999 existían 14 provincias positivas para el vector, afectando a las áreas más pobladas de Argentina. Para el año 2001 el número de localidades positivas superan las 831, no existiendo información disponible con posterioridad a esa fecha.

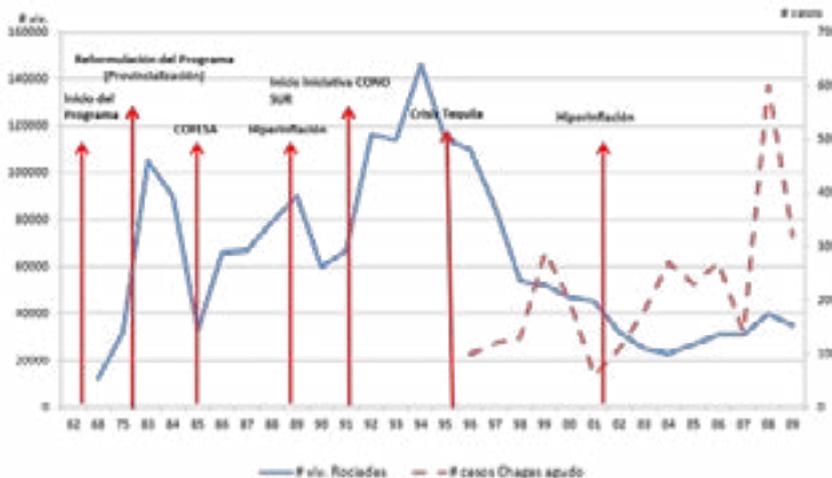
Si se analiza la ocurrencia de casos, el primer antecedente es en el año 1996 cuando es detectado el primer caso en Salvador Mazza (Salta) en la frontera con Bolivia. En 1997 se diagnostican 34 casos por serología en los meses de febrero / marzo en las localidades Aguaray y General Mosconi (Salta) cercanas a la anterior. En agosto / octubre se registran 19 casos en Tartagal (Salta) y en febrero / marzo de 1998, 10 localidades de Salta registraron 374 casos diagnosticados por laboratorio y 830 casos son clasificados como sospechosos. El resto del país reporta 34 casos. En 1999 son reportados, en el país, casos aislados y clasificados como importados. Todos estos brotes estuvieron asociados al DEN-2.

En el año 2000 ocurren 8 casos en la provincia de Jujuy y un brote con 445 casos en las provincias de Misiones y Formosa, que afectaron a 10 localidades, siendo aislado en DEN-1, que es el que se mantiene en el brote de 2002 en Salta con 204 casos.

En el año 2003 circulan de manera simultánea el DEN-1 y el DEN-2 que producen en Salta 91 casos. En 2004 en las provincias de Formosa (105 casos), Jujuy (68 casos) y Salta (1310 casos), se aisló el DEN-3. Durante 2006, 2007 y 2008 ocurren 340 casos en las provincias de Corrientes, Formosa, Salta y Jujuy, circulando simultáneamente el DEN-2 y DEN-3. Durante el año 2009 en Argentina ocurre la mayor epidemia registrada de su historia con más de 25.000 casos autóctonos de DEN-1.

### ENFERMEDAD DE CHAGAS

**Figura 3. Número de viviendas rociadas y casos agudos de Enfermedad de Chagas por transmisión vectorial. Argentina 1962 - 2009\***



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia, Programa Federal de Chagas Instituto Dr. Mario Fatala Chabén

La enfermedad de Chagas, con su epidemiología es descrita en 1909 por Carlos Chagas en Brasil<sup>10</sup>, en tanto que en Argentina, Salvador Mazza inicia sus trabajos en 1926<sup>11</sup>. En 1945 / 1947 Cecilio Romaña y Washington Avalos realizan la primera experiencia de control del *Triatoma infestans* con acciones sobre el medio mediante la utilización de insecticidas<sup>12</sup>, en 1949 se crea el Comité Directivo de Investigaciones y Profilaxis de la Enfermedad de Chagas, y en 1952 se da forma al Servicio Nacional de Profilaxis y Lucha contra la Enfermedad de Chagas (Decreto N° 2177 /1952). Entre 1957 y 1962 existen diferentes intentos de reorganizar el Programa de Control de Chagas, y se llega a tener 11 provincias bajo programa en 1965<sup>13</sup>. Se cuenta con registros regulares del Programa de Control y de sus acciones desde 1962.

Entre 1962 y 1969 el número de rociados no supera las 17.000 viviendas por año, con 2 ciclos de HCH valores que se incrementan en 1982 – 1983 a un poco más de 100.000 viviendas rociadas con deltametrina periodo en que las acciones se encuentran asociadas a un primer intento de controlar la transmisión en la provincia de Santiago del Estero. Los insecticidas que se utilizaron hasta este momento fueron clorados, fosforados y carbamatos y es a partir de 1984 que se comienzan a utilizar los insecticidas piretroides para el control. En 1984 se produjo una abrupta caída del número de viviendas rociadas por el Programa Nacional de Control de Chagas a pesar de que la presidencia de la Nación había asignado un refuerzo de U\$S15.000.000 con asignación específica para el programa de Chagas<sup>14</sup>. Ascendiendo de manera constante el número de viviendas rociadas de menos de 33.000 en 1985 a más de

90.000 en 1989 año en que se produce una abrupta caída de rociados asociado a la crisis económica de ese año, bajando a menos de 60.000 viviendas rociadas entre 1990 y 1991.

A partir del año 1992 y hasta 1996 se observa el incremento en el número de rociados de viviendas, que supera el máximo histórico en toda la serie, con un pico en 1994 con 140.000 viviendas trabajadas, y en concordancia con la mayor adquisición de insecticidas en la historia del Programa. A partir de 1996 la adquisición de insecticidas se hace fluctuante como así también el número de viviendas rociadas que de 110.000 baja a 45.000 en 2001 y a poco más de 25.000 viviendas rociadas en 2004, los años siguientes aumenta muy poco el número de rociados superando los 30.000 rociados anuales.

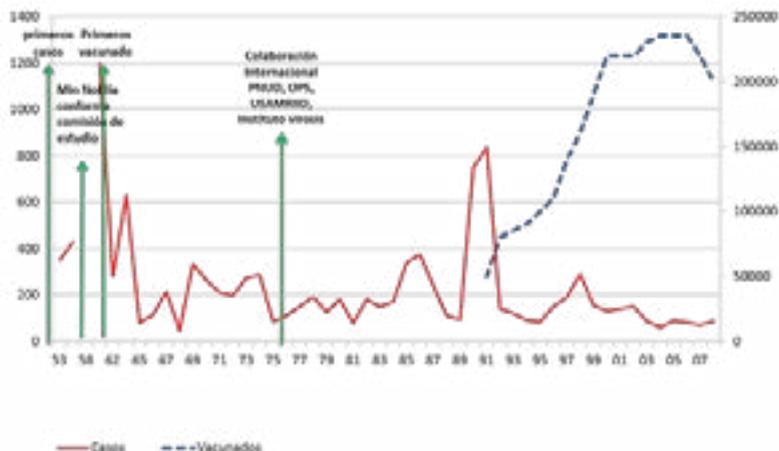
La disminución del rociado extensivo de viviendas como así también la inadecuada cobertura geográfica posibilita la recolonización de viviendas por el triatoma infestans.

Al analizar el indicador de Chagas Agudo Vectorial, en el Sistema Nacional de Vigilancia desde 1994, se observa que de menos de 10 casos anuales (año 1996) se incrementa a 27 casos (año 2000). Es posible que la reducción de casos notificados en el período 2001 – 2002 no se deba a las acciones específicas, sino que esté más asociado a las dificultades de notificación ocurridas con posterioridad a la fuerte crisis económica. En el año 2003 se notifican 18 casos que mantienen su valor ascendente hasta llegar a 60 en 2008 y 40 a la semana 47 del año 2009, a partir de esa fecha se hace dificultoso obtener información consistente del número real de casos agudos vectoriales.

### **FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA (FHA)**

La FHA se describe en el año 1953, a partir de 1958 el ministro Noblía conforma la Comisión de Estudio de la FHA<sup>16</sup>, en 1959 Armando S Parodi aísla el virus Junín, se obtiene una pre-vacuna a base de virus muerto en formol con el cual se inoculan 345 personas, y más de 500 a mediados de 1959, llegando a aplicar un total de 70.000 dosis en 1961<sup>17</sup>. El equipo por dificultades políticas es disuelto en 1962 por José María Guido. En 1966 se perpetró el golpe de Estado contra el presidente Arturo Umberto Illia. Se abortaron todos los estudios científicos en el país, y la cepa fue destruida. El número de casos notificados fluctúan entre 300 y 1.100, registra un pico en 1964 con 3.427 casos. En 1968, se vacunan con el antígeno XJ Clone 3 los primeros voluntarios, totalizando 636 personas de ambos sexos inmunizadas<sup>18</sup>.

**Figura 4. Número de casos de Fiebre Hemorrágica y número de personas vacunadas. 1953 -2008. Argentina**



Fuente: Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas Dr. Julio Maistegui

En la década de los 70 el número de casos notificados fluctuó entre 100 y 300 con pocos de ellos confirmados virológicamente. En 1976, en Buenos Aires, se desarrolla el Primer Seminario Internacional sobre Fiebres Hemorrágicas por Arnavirus. Entre sus conclusiones y recomendaciones se establece que el desarrollo de una vacuna contra la FHA debería ser considerada como prioridad. Con este objetivo se inicia un proyecto de colaboración Internacional que involucra al Gobierno Argentino, la Organización Panamericana de la Salud, al Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas y al Instituto de Enfermedades Infecciosas de la Armada de los Estados Unidos (USAMRIID). Ese mismo año se creó en Pergamino el Instituto Nacional de Estudios sobre Virosis Hemorrágicas, puesto bajo la dirección del médico epidemiólogo Julio Maistegui (1931-1993). A mediados de los 80, ya se cuenta con un candidato de vacuna (Candid I), se desarrolla el estudio de Fase I en 83 voluntarios (USAMRIID), y se llega a 1989 con todos los estudios de fase III de la vacuna. Los ensayos clínicos en la Argentina comenzaron en 1986.

Se mantiene el número de casos entre los 100 y 300 con la ocurrencia de un brote en 1986 con casi 400 casos y otro en 1991 con 837 casos, como consecuencia de este brote, se vacuna a población adulta, y se logra en una década (1991 - 2003) la vacunación de 239.840 adultos jóvenes (en Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe) con vacuna provista por el Instituto Salk de Estados Unidos que produjo una disminución notable en la incidencia de casos de FHA<sup>19</sup>.

La producción de la vacuna en su historia reciente muestra que el laboratorio demora entre su terminación y habilitación 4 años (1997 a 2001) existiendo denuncias, amparos (para que se vacune y produzca la vacuna nacionalmente – Visconti contra el Estado Nacional) y sumarios administrativos. Se recibe la habilitación por la Autoridad Sanitaria

Nacional a fines del año 2001 y en noviembre de 2002 se inició ante el ANMAT el trámite de registro del primer producido en la Argentina, Vacuna Candid # 1, como Nueva Especialidad Medicinal (REM 1.2.4. PN Elab. Art 5º). En diciembre de 2002 se produjo un lote en el laboratorio de Pergamino de vacuna Candid # 1 como "granel" no formulado, cuyos controles de calidad fueron completados en abril de 2003; este lote puede generar aproximadamente 80.000 dosis de producto terminado. En setiembre de 2003 los procedimientos de producción y control de calidad fueron inspeccionados desde el punto de vista de Buenas Prácticas de Manufactura por inspectores designados por INAME-ANMAT (Orden de Inspección N° 1063/03), siendo liberados los lotes en setiembre de 2004 para su eventual uso en ensayos clínicos. Se inicia el ensayo clínico con la vacuna de producción nacional el 17 de agosto de 2005 con el ingreso del 1º voluntario a los exámenes de admisión, culminando el estudio en diciembre de 2006, habiendo sido registrada la vacuna por Disposición del Ministerio de Salud de Argentina N° 4882 del 29/8/2006.

Con una vacuna disponible y probada, desarrollada por científicos argentinos que tuvieron que viajar al extranjero para finalizarla, tomó 18 años construir las instalaciones apropiadas para la producción local de una vacuna para una patología que solo afecta a los argentinos y más de 40 años para disponer la vacuna con producción y aprobación nacional.

## DISCUSIÓN

Las decisiones para realizar intervenciones en salud pública deberían ser consideradas desde investigaciones basadas en la evidencia y sus resultados deberían ser trasladados rápidamente en acciones específicas<sup>20</sup>. Sin embargo, en muchas oportunidades, los decisores (técnicos / políticos / administrativos) basan sus decisiones en estudios de corto tiempo, baja cobertura o en anécdotas y hacen caso omiso a la evidencia<sup>21</sup>.

Se ha buscado evaluar a los sistemas de salud de diferentes maneras, ya sea por su performance o por su impacto<sup>22, 23</sup>. Se han utilizado indicadores socioeconómicos tales como la tasa de crecimiento de la población, producto geográfico bruto, tasa de alfabetismo, línea de pobreza, clasificación de la población según su ingreso económico, coeficiente de Gini, índice de desarrollo humano y otros<sup>24</sup>, pero las decisiones administrativas no han sido medidas en su impacto y el caso argentino mostrado es por demás ilustrativo.

Hemos utilizado diferentes indicadores que hacen a la infección en las personas como el caso del Paludismo, Dengue y Chagas, los rociados de viviendas o la evolución del conocimiento desde la descripción de un nuevo agente (Virus Junín) hasta el desarrollo de una vacuna (Candid I) para la Fiebre Hemorrágica Argentina y construcción de facilidades adecuadas para la producción de las mismas en el país.

La OMS establece que "el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud requiere indispensablemente la continuidad"<sup>25</sup>. En este estudio, cualquiera

sea la variable tomada, muestra un constante ir y venir en la Salud de Argentina y sus resultados están directamente relacionados con las decisiones políticas sean ellas adecuadas o no en cada periodo analizado.

En un análisis histórico, si tomamos el punto de inicio de una patología y lo comparamos con el valor actual, pareciera que han tenido efecto las acciones desarrolladas, pero, si la misma es analizada en un contexto de secuencia histórica observamos claramente el impacto que los diferentes actores han tenido en el desarrollo, con acciones e interrupciones que conllevan a la irresolución de la patología.

Podemos afirmar sin equivocarnos, con los datos de nuestro estudio que mejorando el ambiente político, paso crítico, se pueden alcanzar muchos de los objetivos que han quedado postergados en el área de la salud pública de argentina. Los argentinos podríamos tener una mejor salud de la que actualmente tenemos si hubiera existido continuidad y estabilidad de las acciones que se desarrollaron en los últimos 100 años.

El concepto de beneficio acumulativo de buenas prácticas en salud no es adoptado masivamente y se continúa hablando de salud midiendo enfermedad, simplificando el concepto de la salud a variables biológicas de fácil visualización<sup>26</sup>.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Evaluación de desempeño de los sistemas de Salud. 107 Reunión (Punto 3.6) EB107.R8. 2001.
2. WHO. Men ageing and health. Non-communicable Disease and Mental Health. 01WHO / NMH / NPH. 01.2. 2000
3. OMS "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" Organización Mundial de la Salud: 98 p. (Serie Salud para Todos, 4). 1981
4. Mandatarios y gabinetes del territorio nacional (1776 - 2008). Presidencias, presidentes de Argentina, ministerios y ministros", El Historiador. Fuente: www.elhistoriador.com.ar Consultado el 17 de febrero de 2009.
5. OMS "Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2.000" Organización Mundial de la Salud: 98 p. (Serie Salud para Todos, 4). 1981
6. Ramón Carrillo (1951b) Progreso de la medicina sanitaria en la República Argentina; tercera conferencia del ciclo "recientes conquistas de la sanidad argentina" pronunciada el 21 de febrero. En Carrillo R. (1974), Obras Completas, Buenos Aires, EUDEBA, Contribuciones al Conocimiento Sanitario, 2 Tomos.
7. Sierra Iglesias 1987 (1987 Carlos Alberto Alvarado, su contribución a la medicina sanitaria. Buenos Aires, tesis de doctorado en medicina, (inédita), 3 tomos) y 1993 - Carlos Alberto Alvarado. Vida y obra (1ª ed. edición). Salta
8. Rolando Boffi, Erradicación y Re infestación por el Aedes aegypti en la República Argentina. Tesis de Maestría. 2002.
9. Campaña de Erradicación del Aedes aegypti en la República Argentina. Informe Final. Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública. 1964.
10. Chagas C (1909). "Neue Trypanosomen". Vorläufige Mitteilung Arch Schiff Tropenhyg 13: 120-2.
11. Salvador Mazza. La Enfermedad de Chagas en la República Argentina. Memorias do Instituto Oswaldo Cruz. 47(1-2) 273 - 288. 1949
12. Romaña, Cecilio; Ábalos, J.W. Acción del 'gammexane' sobre los triatomídeos: 'control' domiciliario. Anales del Instituto de Medicina Regional, Tucumán, v.2, n.2, p.95-106, 1948
13. El control de la Enfermedad de Chagas en los países del cono sur de América. Silveira, AC, Segura E; Guillen G; Russomando G; Schenone, H; Pinto Días, JC; Valdez Padilla, J; Lorca, M; Salvatella, R. OPS-OMS. 1992
14. Segura Elsa Leonor. Situación del Control de la enfermedad de Chagas en Argentina, 1909 – 2001. En AC Silveira ED. "Historia del Control de la Transmisión de T.cruzi en el Cono Sur de América". Organization Panamericana de la Salud, 2002.
15. Paulone, I.; Chuit, R; Perez, A; Wisnivesky-Colli, C.; Segura, E.L. Field research on an epidemiological surveillance alternative of Chagas Disease Transmission: The primary health care (PHC) strategy in rural areas. Revista Argentina de Microbiología 20(supl): 103 - 105. ISSN 0325-1713-1988
16. A. AMBROSETTI, Fiebre Hemorrágica Epidémica, observaciones clínicas. Día Médico. 31:232 – 235. 1959
17. Mercedes C Weissenbacher, Marta S Sabattini y Delia A Enría Volumen 21 número 126 abril - mayo 2012 ciencia hoy 8-13 <http://www.cienciahoy.org.ar/ch/n/hoy126/Vacuna%20mal%20de%20los%20rastreros.pdf>
18. Rugiero HA; Astarloa L; González Cambaceres C, et al. Inmunización contra la fiebre hemorrágica Argentina con una cepa atenuada del virus Junín: II, inmunización de voluntarios, análisis clínico y de laboratorio. Medicina (B. Aires) 29: 81 – 92. 1989
19. Informes (XX a XXIII) Reunión Anual del Programa Nacional de Control de la Fiebre Hemorrágica Argentina.
20. Fielding, J,E; Briss, P.A. Promoting Evidence-Based Public Health Policy: Can We Have Better Evidence and More Action Health Affairs. 25(4): 969 -978. 2006
21. O'Neill, PD; UMA RAM NATH Hacerlo Realidad, Cómo pueden los decisores utilizar la investigación sobre políticas y sistemas para fortalecer los sistemas de salud. Global Forum for Health Research, 2005
22. Mackenbach, J. Health care expenditure and mortality from amenable conditions in the European Community. Health Policy. Leuven University. Belgium. 1999
23. Musgrave, P. Public and private roles in health: theory and financing patterns. The World Bank (World Bank Discussion Paper # 339). Washington. 1996
24. VALENZUELA María Teresa. Ciencia & Trabajo | AÑO 8 | NÚMERO 19 | ENERO / MARZO 2006 | [www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)
25. Organización Mundial de la Salud Proceso de Gestión para el desarrollo Nacional de la Salud. Normas Fundamentales. Serie Salud para Todos, N° 5. 1981.
26. WHO. Men ageing and health. Noncommunicable Disease and Mental Health. 01WHO / NMH / NPH. 01.2. 2000