

Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra
el dengue en Argentina: un desafío pendiente

Laura Gottero



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica





Indicadores de derechos humanos en políticas públicas contra el dengue en Argentina: un desafío pendiente

Human rights indicators in public policy against dengue in Argentina: a pending challenge

Laura Gottero¹

- **RESUMEN:** El trabajo se enfoca en la producción de información pública sobre salud en el campo específico de la epidemiología, estudiando a profundidad los discursos oficiales sobre el dengue que se produjeron en el lapso 2009-2013 en Argentina. Así, se presenta un análisis articulado con las categorías que permiten evaluar la incorporación de un enfoque de derechos en la formulación de políticas públicas de acuerdo con lo estipulado en el *Protocolo de San Salvador* (1999) y el documento operativo Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el *Protocolo de San Salvador* (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2011). El objetivo general del trabajo es contribuir a la discusión sobre la centralidad de la producción de información pública (estatal) como una dimensión de la construcción del acceso a derechos sociales y sobre la manera de diagnosticar una problemática de orden público y proponer soluciones desde el Estado. Las conclusiones del trabajo visualizan las aristas o puntos nodales donde la incorporación de esta perspectiva se convierte en una cuestión relevante, sobre todo en lo que refiere al uso de categorías y argumentos que apoyan la versión oficial de los brotes de dengue. Por lo tanto, uno de los principales resultados del trabajo consiste en una propuesta de indicadores de derechos humanos para la formulación de políticas públicas epidemiológicas; está basada en las dimensiones de igualdad y no discriminación, la participación y el acceso/información de la producción para construir una consonancia entre las obligaciones estatales sobre los derechos humanos y el desarrollo de planificaciones sobre esta problemática sanitaria.
- **Palabras Clave:** salud pública, política social, derechos humanos, epidemiología, enfermedades transmisibles, Argentina.
- **ABSTRACT:** The work focuses on the production of public information on health in the specific field of epidemiology, studying in depth the official speeches about dengue fever that occurred in the period 2009-2013 in Argentina. Thus, it is presented an articulated analysis with the categories for assessing the incorporation of a human rights approach in the formulation of public policies in accordance with the provisions of the Protocol of San Salvador (1999) and the operational document Indicators for measuring progress analysis is presented Rights under the Protocol of San Salvador (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2011). The general objective is to contribute to the discussion about the centrality of the production of public information (state) as a dimension of the construction of the access to social rights and the ways to diagnose a problem of public order and propose solutions from the State. The conclusions of the work displayed edges or nodal points where the incorporation of this perspective becomes an important issue, especially in what concerns to the use of categories and arguments supporting the official version of dengue outbreaks. Therefore, one of the main results of the work consists of a proposed human rights indicators for the formulation of epidemiological public policies; this indicators are based on the dimensions of equality and non-discrimination, participation and access/production information for building a line between state obligations on human rights and development plans on this health issue.
- **Keywords:** public health, social policy, human rights, epidemiology, transmissible diseases, Argentina.

Recibido: 13 jul, 2015 | Corregido: 23 oct, 2015 | Aprobado: 13 oct, 2015

¹ Centro de Justicia y Derechos Humanos de la Universidad Nacional de Lanús. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. ARGENTINA. lauritagottero@gmail.com



1. Introducción

Este artículo condensa parte de las conclusiones y el análisis elaborado en una tesis doctoral sobre planificaciones nacionales contra el dengue en Argentina durante el periodo 2009-2013, en relación con el derecho a la salud y las políticas públicas desde un enfoque de derechos humanos. La pregunta central de la investigación general —de la que este artículo es una parte— se situó inicialmente en la caracterización del derecho a la salud tal como se construyó en las políticas argentinas contra el dengue durante el periodo 2009-2013, específicamente desde la estrategia global de prevención y control, motivada por las consecuencias de la epidemia estival del 2009.

En ese contexto, la idea de derecho a la salud se rastreó a través de tres caminos: a) el reconocimiento y cumplimiento progresivos de las obligaciones contraídas por el Estado a partir de la aprobación de instrumentos internacionales sobre derechos humanos; b) las configuraciones de sentido subyacentes a las referencias a la migración regional y a la frontera en el corpus documental sobre estas políticas epidemiológicas; c) las elaboraciones discursivas sobre participación social y rol del Estado que se encontraban en las líneas de acción, en las actividades recomendadas y en las explicaciones de los materiales estudiados.

La pertinencia del estudio de las políticas elaboradas para abordar la problemática del dengue se encuentra en la extendida incidencia de esta enfermedad en el continente americano. Desde Mesoamérica hacia el sur, la mayoría de los países latinoamericanos han sufrido brotes de dengue y han debido implementar estrategias sanitarias para prevenir y controlar sus consecuencias.



2. Antecedentes Teóricos

2.1. Dengue en la región americana

El virus del dengue se transmite por un mosquito, el *Aedes aegypti*, de intensa circulación en el Cono Sur. Cuando este insecto “pica” y extrae sangre de una persona infectada con la enfermedad, está en condiciones de propagarlo con el siguiente individuo con el que tome contacto. De allí, la condición vectorial de esta enfermedad: el mosquito constituye el conductor del virus del dengue desde un sujeto que lo posee hacia otro aún sano, sin que ambos deban entrar en contacto.



En cuanto a la historia del dengue, su transmisión a través de los mosquitos fue demostrada en 1903. En 1906, llegó a caracterizarse el virus y se lo pudo aislar mediante actividad de laboratorio en 1944. Esta enfermedad presenta tres serotipos o variantes: DEN1, DEN2, DEN3 y DEN4. El contagio de uno de los serotipos brinda inmunidad para siempre sólo para esa variante y para todas las demás durante poco tiempo: por eso, una persona puede llegar a tener las cuatro formas de dengue en el transcurso de su vida² y en situaciones propicias para la incidencia de esta enfermedad. No obstante, la detección del virus se vuelve dificultosa, pues sus síntomas son similares a los de una gripe muy fuerte: fiebre, dolor de cuerpo y profundo cansancio general, entre otros signos. Por esa razón, el caso confirmado siempre surge de un análisis de laboratorio, pero en situaciones de brote epidémico, sólo una pequeña parte de los casos son estudiados de esa manera. Para el resto de los casos notificados en Argentina, en etapas de circulación viral, se decide el diagnóstico de dengue mediante “nexo epidemiológico”; es decir, observando si existe sintomatología compatible con esta enfermedad, de acuerdo con lo explicitado en los Partes sobre Dengue en la Argentina —serie de informes de periodicidad variable que actualizan la información sobre la circulación de dengue en el territorio nacional (Ministerio de Salud de La Nación [MSAL], 2009-2013b)—, con la Guía sobre Dengue para equipos de salud (MSAL, Dirección de Epidemiología, 2009, 2013), y con las líneas de acción indicadas por el Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla (MSAL, 2009c, 2010a) y la *Directrices para prevención y control de Aedes aegypti* (MSAL, 2010b). No obstante, se estima que el porcentaje de casos denunciados constituye siempre una fracción del total, tal como explican Tarragona et. al. (2012): por cada 1,6 casos de dengue hospitalizados, hay 3,2 que deberían haber recibido la misma atención y no la tuvieron; mientras que por cada caso diagnosticado hay un rango de 10 a 27 casos de dengue no confirmados.

De acuerdo con Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (2011), esta enfermedad llegó a ser endémica en América, en Asia Sudoriental, el Pacífico Occidental, el Mediterráneo Oriental y las regiones tropicales de África. Para Ortiz (2005), el dengue sigue siendo un problema de salud pública extendido y grave en América y las cifras globales confirman esta afirmación: de acuerdo con la autora, “2 de cada 5 personas, en todo el mundo, se encuentran en riesgo y más de un centenar han tenido brotes de dengue o de dengue hemorrágico” (Ortiz, 2005, p. 5). Se calcula que por año hay 50 millones de casos de dengue, de los que 500 mil personas deben ser hospitalizadas y 20 mil mueren. En tanto, siguiendo a Kourí et. al.:

El dengue y su variante hemorrágica se suman a la creciente lista de enfermedades emergentes que afectan América Latina, Sudeste Asiático, Medio Oriente, África y Pacífico Occidental produciendo un

² También puede suceder que una persona que ya tuvo dengue y se contagia de un serotipo diferente pueda contraer formas agravadas de esta enfermedad: el dengue hemorrágico o el síndrome de choque por dengue, ambas letales en un rango del 10 al 40% de los casos. Asimismo, si bien una persona puede contagiarse los cuatro serotipos, hasta el momento se han confirmado hasta tres infecciones en un mismo individuo, según la Guía Dengue para el equipo de salud del Ministerio de Salud de la Nación (3ra. edición, actualización 2013).



estimado entre 50 000 000 y 100 000 000 de infectados, y fallecen entre 30 000 y 35 000 personas. El dengue es considerada en la actualidad la enfermedad viral transmitida por artrópodos de mayor importancia en términos de morbilidad y mortalidad 2007, p. 177).

En Argentina, en particular, el dengue es una enfermedad reemergente, que en 1990 apareció nuevamente con una intensidad similar a la de los brotes de las primeras décadas del siglo XX, lo que dio muestras, para los especialistas, de las falencias en las estrategias sostenidas de prevención y control (Chuit, 2000). La irrupción notoria de esta enfermedad vectorial marcó la precaria transición epidemiológica que se intentaba sostener desde los discursos políticos, médicos y sociales, puesto que como afirma Ortiz (2005):

la presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Las enfermedades emergentes deben ser entendidas además, en un contexto de emergencia sanitaria, en el que la desnutrición, la pobreza, el desempleo e inequidades favorecen su aparición y propagación (2005, p. 8).

En épocas de circulación extendida —como es el caso de la epidemia del 2009—, en Argentina se hallaron enfermos de los cuatro serotipos (DEN1, DEN2, DEN3, DEN4), pero en líneas generales son más frecuentes los casos de tipo 1 y 2. Como se calcula que la mayoría de la población argentina nunca tuvo dengue, se considera que esa gran cantidad de personas presenta un riesgo de primer contagio. Sin embargo, es preciso señalar que el segundo contagio de dengue acarrea un riesgo mayor de contraer dengue hemorrágico, cuadro de mayor gravedad y que requiere de atención urgente pues puede ser mortal (MSAL, Dirección de Epidemiología, 2013).

Las guías sobre dengue para equipos de salud (MSAL, Dirección de Epidemiología, 2009, 2013) y el *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios* (MSAL, 2009a) publicados por el MSAL, que tratan la prevención y el control sobre dengue,³ lo asocian con un “desorden ambiental” caracterizado por una selección de factores que se repiten en gran parte del corpus documental. Entre estas causales se cuentan: la urbanización acelerada y no planificada, “las migraciones” —sin aclarar cuáles variables de este fenómeno entrarían en juego—, la contaminación ambiental y ciertas condiciones de infraestructura que impiden el normal drenaje de agua.⁴ De esta manera, se afirma que el mosquito *Aedes aegypti* es principalmente un vector con hábitos domiciliarios y urbanos. Por ello, en las casas y en los barrios o

³ Estos materiales se encuentran disponibles en: <http://www.msal.gov.ar/dengue/index.php/info-equipos>

⁴ El estancamiento de agua sucede tanto cuando los desagües urbanos son defectuosos, como cuando (y principalmente) las personas que no tienen tendido de agua potable en sus casas se ven obligadas a almacenar agua en recipientes sin tapa para utilizarla durante el día.



vecindades resulta preciso articular acciones de prevención y control de reproducción del insecto.

Es importante resaltar que si bien la prevalencia del dengue en la región obedece, tal como el material oficial lo refiere, a esta selección de factores, todos estos elementos se inscriben en una problemática estructural que reúne determinantes socioeconómicas y ambientales sobre los que las planificaciones también deben actuar. La intervención ambivalente o fragmentaria sobre estos temas es lo que define asimismo la incidencia y los brotes periódicos de esta enfermedad en los ciclos de reproducción del mosquito (Gottero, 2012a, 2012b).⁵

El dengue suele manifestar su incidencia en las temporadas más cálidas del año, cuando hay mosquitos adultos que pueden expandir el virus entrando en contacto con humanos. El vector está en condiciones de multiplicarse de manera estable o, por lo menos, durante 9 meses por ciclo anual, de allí que las acciones de control vectorial deban ser sostenibles en el tiempo (MSAL, 2010b).

Con respecto a la cronología de los brotes en Argentina, el Boletín Epidemiológico Periódico (MSAL, 2009d), en su edición especial sobre dengue, se refirió a la cronología de los brotes en el país. La emergencia de la enfermedad sucedió en 1916, cuando un brote en la zona mesopotámica a lo largo del río Uruguay afectó al 50% de la población residente en las provincias de Corrientes y Entre Ríos. En 1926 sucedió un nuevo brote en la misma zona, que llegó hasta la ciudad de Rosario.

En 1965, la OMS certificó la erradicación del mosquito *Aedes aegypti*, y su ausencia duró 20 años. En 1985, se detectó nuevamente y, con él, volvieron las posibilidades de contraer esta enfermedad, además de la fiebre amarilla. Ello sucedió 12 años después, con el reingreso del virus en Salta y el primer brote reemergente en 1998. Desde ese año, el documento del MSAL refiere brotes en casi todos los años hasta el 2009: 1999 (Salta), 2000 (Formosa y Misiones), 2002 (Salta), 2003 (Salta), 2004 (Salta, Jujuy y Formosa), 2006 (Salta y Misiones), 2007 (Corrientes y Salta) y 2008 (Salta).

El carácter reemergente y la prevalencia del dengue en Argentina conserva elementos de similitud y de continuidad con la situación reportada en otros países de América Latina; de allí que pensar un enfoque de derechos humanos para las políticas sanitarias elaboradas para detener esta problemática constituye un ejercicio pertinente no sólo para el caso argentino sino también para otros escenarios de la región.

⁵ Una problematización de las causas estructurales que habilitan, año tras año, la reaparición de casos de dengue constituye un tema ineludible que, sin embargo, se desvía de los objetivos de este trabajo. No obstante, la referencia a este tema se encuentra en todo el artículo, sobre todo en la sección de Resultados, en el eje de igualdad y no discriminación.



2.2. Políticas públicas, derechos humanos y producción de información

Para la formulación de políticas desde una perspectiva de derechos humanos, se vuelve central la cuestión de cómo se produce la información pública que aporta contenidos relativos a la totalidad de los objetivos de una estrategia estatal. Por ello, deben ser debatidos y consensuados de tal manera que sean eficientes para la acción sanitaria, pero también se hallen en consonancia con una idea de acceso a derechos sociales en un sentido amplio.

Este trabajo no pretende eludir la discusión que Boaventura de Sousa Santos (2002) plantea sobre el estatus y el lugar legitimado que los derechos humanos poseen en la actualidad, así como la utilización instrumental que de estos hacen los países centrales. Tomando conciencia de estas ambivalencias, pensar la articulación entre políticas públicas y derechos humanos constituye un ejercicio relevante en las sociedades capitalistas contemporáneas donde el acceso a derechos sociales continúa siendo un proceso en construcción con muchas asignaturas pendientes. Sin embargo, la reflexión debe situarse un paso atrás de la vinculación para definir con claridad cuál es el potencial del paradigma de los derechos humanos en materia de elaboración de políticas públicas. Urueña (2014) señala que los derechos humanos pueden convertirse en programas completos de gobierno, puesto que todas las cuestiones sobre acceso a derechos en las más variadas áreas confluyen en esta perspectiva general: “el discurso de los derechos humanos estructura el sistema de salud, de pensiones, de prisiones, el modelo económico de un Estado” (2014, p. 83).

La producción de información pública en materia de derechos constituye un eje de creciente interés tanto para el mundo académico como para las agendas políticas de la región. En la articulación entre investigación e incidencia, el Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS, 2009) afirma que esta dimensión resulta indispensable para lograr soluciones que detengan las vulneraciones de derechos, así como constituye una condición necesaria para promover y elaborar políticas basadas en la no discriminación sobre los grupos sociales más desfavorecidos. Contar con información suficiente, adecuada y oportuna representa un requisito que los Estados deben cumplir como parte de sus obligaciones en materia de derechos; asimismo, constituye un insumo para evaluar el diseño, implementación y resultados de políticas públicas. Estas obligaciones positivas del Estado en materia de producción de información como condición para la inclusión de una perspectiva de derechos en la formulación de políticas públicas se halla en consonancia con lo que afirma Abramovich (2012): las demandas por la concreción de derechos no se satisfacen con su reconocimiento, sino con la implementación de acciones estatales efectivas que los garanticen, sobre todo cuando están en juego las condiciones de vida de los sectores sociales atravesados por la desigualdad estructural.

Resulta ineludible resaltar el enorme desafío que entraña la transformación del modo de producir información sanitaria, de tal modo que combine insumos para la acción que sean realmente efectivos y que no impliquen una derivación de responsabilidades hacia los sectores más vulnerables o en condiciones de indefensión. Es importante



señalar que no es necesario ni correcto “conformarse” con la información disponible, recabada según los instrumentos de recolección de datos tal como ya están diseñados. Muy por el contrario, los indicadores que se propongan no deben adecuarse a esos contenidos, sino que resulta imprescindible obtener todos los insumos que sean suficientes para poder evaluar el grado de cumplimiento de derechos para las personas,

por lo que deberá producirse nueva información, ordenar la existente o hacerla pública si ya está producida. Todo ello, a pesar de constituirse como un gran desafío para el Estado en su conjunto, redundará en un avance en la generación de mecanismos de producción de información pública (Balardini y Royo, 2012, p. 113).

En relación con lo expuesto, el documento *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2011) presenta una metodología para identificar y evaluar el cumplimiento, por parte de los Estados, de los derechos comprendidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966), a través de indicadores cuantitativos y cualitativos, así como de señales de progreso. Este documento establece de manera clara el tipo de información que se debe incorporar en la búsqueda de datos y en la formulación de políticas, de tal manera que se pueda incorporar una mirada de derechos en los lineamientos generales:

Equidad de género, grupos especiales de personas —niños, adultos mayores, personas con discapacidades—, diversidad étnica y cultural —en particular pueblos indígenas y afrodescendientes—, y la incidencia de la sociedad civil en la formulación de avances legislativos y políticas públicas, para lo cual se han contemplado categorías transversales comunes a todos los derechos, que den cuenta de los esfuerzos realizados por los Estados para la protección de sectores o grupos (OEA, 2011, párr. 11).

Esos ejes transversales mencionados son: igualdad y no discriminación, acceso a la información y participación, y acceso a la justicia.⁶ Su función específica es caracterizar y visibilizar situaciones de inequidad y desigualdad estructural, haciendo hincapié en las tres dimensiones que conforman estas categorías: a) igualdad y no discriminación; b) acceso a la justicia; y c) acceso a la información y participación política. Esta evaluación se encuentra estrechamente ligada a las políticas públicas porque, por un lado, permiten analizar la efectividad de las iniciativas del Estado para garantizar el acceso a derechos sociales para las poblaciones más desfavorecidas. Por el otro, contribuyen a identificar los recursos sociales e institucionales que cada

⁶ El acceso a la justicia como dimensión transversal no es incorporado en esta investigación porque remite a la justiciabilidad de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), instancia que surge en simultáneo o de manera posterior a la implementación de las políticas. Tanto en este artículo como en la tesis doctoral referida, el abordaje se sitúa en el plano de la formulación y analiza los discursos de las políticas, así como de los materiales de comunicación y capacitación que surgen por medio de sus líneas estratégicas y sus objetivos centrales.



Estado pone en práctica para que las personas puedan ejercer la exigibilidad de sus derechos sociales.

Asimismo, se contempla el criterio de progresividad del enfoque de derechos humanos, en tanto se entiende que la adopción de esta perspectiva para el cumplimiento de los derechos económicos, sociales y culturales que forman parte de ambos agrupamientos no puede darse de manera inmediata, sino mediante un proceso, en el cual todos los países avanzan —de acuerdo con los cambios en sus políticas públicas— hacia la concreción de la meta general de derechos humanos estipulada en el Protocolo de San Salvador.

Siguiendo la propuesta que se encuentra en el documento sobre indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador (OEA, 2011), resulta evidente la necesidad de construir indicadores de proceso y señales de progreso cualitativo que den cuenta del cumplimiento o de la inclusión de un enfoque de derechos humanos también en una rama tradicional o “dura” de la salud pública como es la epidemiología.

Para abordar esta propuesta, resulta imprescindible brindar una conceptualización del enfoque de derechos humanos, configurando un recorte especial de acepciones. Según Pautassi (2010), el enfoque de derechos es la perspectiva que utiliza el marco conceptual de los derechos humanos para aplicarlos en la formulación de políticas públicas. En ese sentido, establece no sólo obligaciones negativas del Estado sino fundamentalmente positivas: un compromiso de progresividad y no regresividad, mecanismos de rendición de cuentas y participación ciudadana y, en general, el fortalecimiento de los mecanismos internos de protección de derechos. Balardini y Royo (2012), en el marco de esta acepción, sintetizan las características de esta perspectiva:

El reconocimiento a los receptores de las políticas como titulares de derechos y no como meros beneficiarios de políticas públicas desde una visión asistencialista; el empoderamiento de grupos excluidos por vía del reconocimiento de derechos; el fortalecimiento de diversos mecanismos de exigibilidad; mecanismos de reclamo, control, rendición de cuentas y participación, y la necesidad de garantizar un adecuado acceso a la información pública que permita la evaluación y fiscalización de las políticas por los ciudadanos (2012, p. 105).

Las autoras señalan otros elementos: la obligación de no regresividad, la garantía de contenido mínimo de derechos, la recomendación de enmarcar sustantivo a todas las acciones estatales en medidas progresivas de cumplimiento de derechos, universalidad, igualdad y no discriminación. De allí que Pautassi y Ramírez (2013) destaquen que uno de los potenciales del enfoque de derechos reside en que permite establecer obligaciones positivas y negativas para los Estados, no sólo en cuanto a derechos económicos, sociales y culturales, sino vinculándolos con los derechos civiles y políticos. Asimismo, señalan que este enfoque es una herramienta teórica metodológica cuya utilización posibilita “fijar pautas y criterios para el diseño e



implementación de estrategias de desarrollo sustentable y con mayor interés aún, en materia de políticas sociales, en especial las sectoriales como salud” (2013, p. 604).

Por su parte, Gerlero (2010) aporta una definición de enfoque de derechos que se encuentra imbricada en la cultura institucional y en los alcances y limitaciones de una perspectiva sociojurídica. Por un lado, se define como un “programa de acción que apunta a transformar las prácticas institucionalizadas del Estado para que se ajusten a su fin esencial que es el de garantizar la realización, en lo concreto, de los derechos humanos” (Gerlero, 2010, p. 76). Por el otro, como se trata de un enfoque operativo, posee la obligación central de articular los preceptos normativos con la planificación social, en tanto el objetivo general es que esa nueva cultura social e institucional basada en los derechos humanos se traduzca en prácticas sociales coherentes con esta mirada, así como en mecanismos institucionales que permitan redefinir contenidos, estructuras e implementación de programas y proyectos sociales.

Pautassi (2010), por su parte, inserta la pertinencia de la perspectiva de derechos en el momento de formulación de políticas públicas en el plano nacional, pues este enfoque constituye y aporta un marco conceptual para elaborar planificaciones de manera compatible con el ejercicio de derechos, así como habilita mecanismos de seguimiento y compromiso por parte de diferentes actores sociales en los procesos de formulación de políticas, según los principios de igualdad y no discriminación, así como los relativos a la responsabilidad institucional.



3. Métodos y Datos

3.1. Propuesta metodológica

El marco teórico-metodológico de este trabajo se inscribe en la línea del análisis de discurso de la escuela francesa (Charaudeau y Maingueneau, 2002; Ducrot, 2001; Maingueneau, 1989, 2004, 2008). Se realiza un abordaje a partir de una metodología cualitativa, mediante un diseño flexible que emplea de manera central el análisis del discurso en combinación con premisas correspondientes a los procesos de formulación de políticas públicas, dado que en la labor del analista del discurso, la comprensión de lo fragmentario se fusiona con la necesidad de una perspectiva interdisciplinaria. Tal como señala Arnoux (2009), el investigador de un corpus discursivo seleccionado debe poner en práctica conocimientos de diferentes fuentes con el fin de formular hipótesis de lectura. Esos saberes heterogéneos provienen, principalmente, de dos campos: en uno el propio discurso analizado se ha producido y el otro es el de las ciencias del lenguaje, donde el análisis del discurso encuentra asidero.

Por otra parte, en la tarea con documentos elaborados desde un marco institucional-estatal, como es el caso del corpus que constituye el objetivo analítico de este



artículo, la referencia al poder es ineludible. A partir de los trabajos de Maingueneau (2002, 2008), la perspectiva sobre el poder que se desarrolla en la escuela francesa se vincula con las definiciones sobre el *ethos*, que junto con el *logos* y el *pathos* forman la trilogía de los medios de prueba para Aristóteles. En la teoría aristotélica, el *ethos* comprendía una doble dimensión: por un lado, reunía las condiciones positivas morales que le daban credibilidad al orador (la prudencia, la virtud y la benevolencia). Por el otro, daba cuenta de los modos con los cuales el orador se presentaba ante su público y cumplía la misión de persuadir según el tipo social en el que se adscribía y la imagen personal que construía en su discurso (Charaudeau y Maingueneau, 2002). Siempre refiriéndose a la figura del orador y no a la persona real que lo encarnaba, lo relevante en el estudio del *pathos* es el modo de presentación de quien habla con intenciones de convencer.

Siguiendo estas premisas aristotélicas, fue Maingueneau (2002, 2008) quien desarrolló una teorización sobre el *ethos* en el marco del análisis del discurso y lo asoció de manera directa con los modos de legitimación del orador/enunciador, mediante los cuales pretende arrogarse el lugar de saber, de dominación o de razón en el desarrollo de un discurso: “Todo discurso, oral o escrito, supone un *ethos*: implica cierta representación del cuerpo de su garante, del enunciador que asume su responsabilidad” (Maingueneau, 2008, p. 48). Este *ethos* incluye un modo de comportamiento global en el discurso que se traduce en una forma de relacionarse con el otro, así como un carácter y una corporalidad. Resulta interesante destacar que estos elementos del orador también se manifiestan en un discurso escrito y también pueden observarse cuando el enunciador no es construido como una persona, sino como una entidad, tal como se analizará en el corpus documental.⁷

La configuración del *ethos* está relacionada con la construcción de la identidad en el espacio intradiscursivo: aunque el destinatario le atribuya al enunciador rasgos que parecen pertenecer al mundo “real” o extradiscursivo, lo cierto es que se trata de características que son elaboradas y emanan del propio discurso. Sin embargo, estas no son puramente lingüísticas —están asociadas con actitudes, maneras y posturas—, sino que se vinculan con formas del decir (Maingueneau, 2002). Este anclaje en la dimensión del discurso es lo que le otorga al orador la condición de “posición abstracta” en la situación de enunciación. Según Maingueneau (2004, p. 2), es “el anclaje de la referencia pero también el anclaje de la modalización del enunciado”.

La escena de la enunciación se encuentra incorporada en la situación de comunicación, de acuerdo con la perspectiva de este autor, quien además distingue elementos operacionalizables a los efectos de un análisis del discurso. Así, en tanto la situación enunciativa comprende el sistema que define las tres posiciones interlocutivas en un enunciado (enunciador, co-enunciador y no persona, no se trata

⁷ De este modo, el Estado a través de su Ministerio de Salud puede tener un modo de relacionarse con el destinatario del documento, un cierto carácter al referirse al tema que lo ocupa en ese documento, y también desarrollar una suerte de corporalidad por la cual su presencia se encuentra regulada a través de una serie de atributos o características.



de una escena que sea descriptible en términos sociales o que incluya esta dimensión. El esquema de acción que sí comprende un elemento social es la escena de comunicación, que así involucra elementos extradiscursivos que también coadyuvan a una caracterización y a una lectura pormenorizada de los textos.

La idea de *situación de comunicación* (Maingueneau, 2004) resulta especialmente fructífera para analizar el corpus documental presentado. Para el autor, la situación de comunicación considera desde un punto de vista sociológico, desde el exterior, la dimensión social a la que un texto se encuentra inevitablemente ligada. Los elementos constitutivos de esta escena son:

- a) Finalidad: en el contexto de las posibilidades del género discursivo⁸ en cuestión, se trata de modificar de alguna manera la situación a la que se refiere, y esa explicitación de objetivos es fundamental para que el destinatario pueda comportarse en consecuencia.
- b) Estatus de los participantes: la palabra se transmite entre dos posiciones que no ocupan posiciones aleatorias, sino con cierta jerarquía en la interacción. Esto refiere a las diferentes características que tienen los participantes en una escena de comunicación.
- c) Circunstancias apropiadas: se refiere a las coyunturas espaciotemporales donde un género discursivo encuentra lugar para lograr su objetivo o finalidad. Si bien un texto escrito está menos atado a estas cuestiones, también se encuentra restringido o condicionado por el marco institucional o social en el que se elabora.
- d) Modo de inscripción en la dimensión temporal: este elemento puede caracterizarse a partir de diferentes ejes: 1) periodicidad entre las distintas emisiones de un discurso comprendido como serie; 2) duración del discurso propiamente dicho; 3) continuidad o no de la producción; 4) caducidad del discurso elaborado, entendido como el plazo de vigencia simbólica que este tiene desde su creación o difusión.
- e) Medio: este elemento plantea la vinculación inescindible entre un texto y sus condiciones de reproducción o difusión. Un folleto de prevención en salud pública es inseparable del soporte por el que circula y las vías de comunicación que elige. Un cambio en el soporte material presenta una modificación del género discursivo porque modifica la situación de comunicación: tal como el mismo autor afirma:

⁸ La noción de “género discursivo” admite diversas acepciones según dónde se ponga el foco de la definición: a los efectos de este esquema de categorías, se tomará la idea de Charaudeau según la que los géneros de discurso son siempre situacionales, organizados según las características y los imperativos de la situación de comunicación específica, y se inscriben en un contrato global de comunicación que determinan sus condiciones de producción (Charaudeau y Maingueneau, 2002).



el modo de existencia material y el modo de difusión de un discurso no se agregan a él de manera contingente, intervienen en su propia constitución: no es posible separar lo que es dicho de las condiciones materiales e institucionales de lo dicho (Maingueneau, 2008, p. 71).

- f) Plan de texto: un cierto modo de organización del género discursivo que implica un conocimiento del modo de encadenamiento de sus elementos. Este saber sobre la manera de armar el discurso puede ser objeto de enseñanza-aprendizaje, aunque en muchos casos se logra aplicar y conocer a partir del uso frecuente.
- g) Cierta uso de la lengua: desde el idioma elegido hasta la modalización utilizada, cada género discursivo está asociado con un conjunto de normas o modos que le son especialmente funcionales.

En el contexto de la situación de comunicación así operacionalizada, resulta importante asociar este conjunto de elementos metodológicos con los conceptos de *presupuesto* y *sobreentendido*, elaborados por Ducrot (2001), autor también perteneciente a la escuela francesa de análisis del discurso. Tanto el presupuesto como el sobreentendido forman parte de lo no dicho en un discurso y su influencia simbólica se ejerce sobre lo explicitado en el texto. Sin embargo, entre ambos existen algunas diferencias que inciden en la elaboración del contenido del discurso por parte del destinatario; es decir, en la idea general que permanece luego de leer o recibir ese texto.

El presupuesto es aquel conocimiento, información o dato que se mantiene en el plano del consenso implícito, como una premisa del texto. Así, al interior del discurso, ambas partes de la interacción (enunciador y enunciatario) parecen compartir estas ideas preliminares que se pueden reconstruir a partir del desarrollo del texto y, por eso, pertenecen al bagaje de saberes que forman las condiciones de verosimilitud y legitimidad de dicho discurso. El presupuesto es aquello que se presenta como incuestionable y, más allá de que pueda no ser correcto o verdadero, su inconsistencia no pone en cuestión ni refuta lo explicitado por el discurso.

En cambio, el sobreentendido es aquello que se deja a consideración de las deducciones del destinatario: es lo que se deja traslucir, lo que queda como una consecuencia de los argumentos presentados. Por esa razón, es posterior al acto discursivo y se mantiene sujeto a la interpretación del oyente o receptor del texto. Considerando esas diferencias, para Ducrot (2001), los procedimientos que se encuentran detrás de los presupuestos y de los sobreentendidos son de diferente naturaleza y, por esa razón, su modo de funcionamiento se realiza en registros divergentes:

Parece razonable, por consiguiente, considerar que el presupuesto, apegado al enunciado en sí mismo y vinculado con los fenómenos sintácticos más generales, es un producto del componente lingüístico. En cambio, el sobreentendido, que resulta de una reflexión del



destinatario sobre las circunstancias de la enunciación del mensaje, debe recogerse en la descripción lingüística al término de un proceso muy diferente, que tiene en cuenta a la vez el sentido del enunciado y sus condiciones de ocurrencia y les aplica leyes lógicas y psicológicas generales (2001, p. 38).

Para poder identificar presupuestos y sobreentendidos, a la vez de complejizar su interpretación, el analista del discurso suele trabajar con materiales cuya temática no es específicamente la lingüística, sino la educativa, de ciencias de la salud, la relativa a medios de comunicación, etc. Así, esta propuesta metodológica se entiende como una práctica interpretativa que puede operar con todo tipo de discursos. El análisis requiere lógicamente de procedimientos analíticos propios de lo discursivo, pero también conocimientos que pertenezcan a la problemática a la que esos materiales se refieren.

3.2. Datos

La selección de materiales que forman parte del corpus analizado en este artículo, que constituye una parte de la tesis doctoral de Gottero (2014), tuvo un requisito central: revisar e incluir, de manera exhaustiva, todos los documentos elaborados por el MSAL vinculados con políticas y prevención de dengue, durante el periodo 2009-2013. No se incluyeron materiales de otras agencias del Estado, ni se incorporaron textos sobre política sanitaria y epidemiológica que tematizaran el dengue y se hubieran publicado fuera del lapso mencionado.⁹

El criterio de exhaustividad en el recorte de búsqueda implicó que el corpus conformado fuera heterogéneo, tanto en su estilo (informe, plan estratégico, folletos de comunicación, historieta, cuento infantil, etc.) como en los públicos a los que estaba destinado: responsables políticos, equipos de salud, y/o población en general. Por otra parte, debido a la centralidad que esta selección de textos tiene en el trabajo que se presenta, el abordaje analítico se sitúa en el nivel de la formulación de políticas, sin avanzar hacia la implementación concreta ni las instancias de evaluación de resultados o de impacto. Por lo tanto, no se extrapola del discurso para evaluar si este tuvo llegada o no a los espacios para los cuales estaba prevista su difusión, las características de su recepción ni su efectividad en términos operativos en relación con los objetivos propuestos. Por el contrario, el estudio se abocó a la producción de información pública desde el análisis discursivo y, en consecuencia, no “salió” de los textos para investigar sobre sus efectos sociales o su modo de circulación. Sin embargo, este abordaje permitió evidenciar desde el mismo discurso ausencias y construcciones paulatinas de un enfoque de derechos, a partir del que se formulan

⁹ Esta condición se cumplió casi automáticamente puesto que el inicio de la producción de contenidos estatales sobre esta enfermedad vectorial es posterior a la epidemia estival del 2009. Por lo tanto, la aparición de documentos y materiales pertinentes de ser incluidos en el análisis de esta investigación es posterior al Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla (PNPCDFA), presentado en agosto de dicho año.

propuestas de reformulación de los contenidos de las políticas estudiadas en una clave de derecho a la salud, como se muestra en la discusión.

El trabajo realizado con la conformación del corpus, su lectura en profundidad y su abordaje analítico permitieron la elaboración de los resultados que se presentan en el siguiente acápite. En el cuadro N° 4 que se encuentra en la sección 7 del artículo, se enumeran todos los documentos estudiados, con el fin de dar cuenta de la recopilación exhaustiva realizada, mediante las cuales se fundamentaron las conclusiones.



4. Resultados

A partir de un trabajo metodológico basado en el análisis de discurso de corte francés, de la lectura de la selección documental surgieron como principales elementos: a) la aparición ambigua del Estado, que reclama la participación social sin explicitar del todo su rol en las políticas contra el dengue, mientras que en el Plan Federal se ubica en un lugar central, de rectoría y protección del derecho a la salud; b) la sinonimia errónea que se encuentra en la base de la relación entre información y comunicación, en tanto parece que establecer una estrategia comunicativa comprende la provisión de contenidos y datos para la acción sanitaria y la transmisión de recomendaciones, sin incorporar el rasgo básico de ida-vuelta que supone una interacción en estos términos; c) la acepción restringida de “educación para la salud”, subsumida en las iniciativas de capacitación y de participación social en actividades y directrices planeadas de antemano, y donde la población no tuvo posibilidad de participar en el diagnóstico; y d) la ausencia de un enfoque de derechos humanos en las políticas estudiadas, que permita la profundización del diagnóstico y la formulación mediante la vía de la interrelación de derechos que posibilita la concreción del derecho a la salud.

De manera más específica, siguiendo la organización de dimensiones y categorías propuestas por el modelo de indicadores en derechos humanos, los hallazgos identificados se presentarán distribuidos en esos temas.

4.1. Recepción del derecho

De esta manera, y aun con el riesgo de que esta exposición sea demasiado sintética, puede observarse que la concepción de derecho a la salud que subyace en estos discursos no se encuentra articulada con los derechos que son necesarios para que aquel derecho social fundamental se cumpla en su amplia acepción. Si bien la protección de la salud se encuentra sustentada en la prevención y en el control de los casos, mientras no se considere asociado con el derecho a una vivienda adecuada, al agua potable y al saneamiento, así como a un medio ambiente sano, el cumplimiento del derecho a la salud se mantendrá en un nivel restringido y, en muchos casos, insuficiente.



Finalmente, en materia de la información necesaria para concretizar el derecho a la salud desde una perspectiva amplia y articulada con las dimensiones tratadas en este capítulo (vivienda, agua, saneamiento, medio ambiente, igualdad y no discriminación), se observa como urgente el debate sobre el tipo de contenidos que deben componer la información, la educación y la comunicación en el marco de una estrategia de salud pública, tanto para la población como para los trabajadores de las diferentes iniciativas sanitarias.

4.2. Igualdad y no discriminación

En primera instancia, se observó una ausencia discursiva del reconocimiento de las condiciones socioeconómicas que influyen en las posibilidades de reproducción del vector *Aedes aegypti* y, por consiguiente, en el aumento de las probabilidades de contagio. Si bien existen referencias a las situaciones de desigualdad que toman parte en la aparición de brotes, no se elaboran líneas de acción o conclusiones comunes para abordar esta cuestión. En segunda instancia, se observan los rasgos de la construcción discursiva de la migración, pensada como objeto de cuidado desde la mirada estatal, en la que la invisibilización de los migrantes regionales (específicamente limítrofes) se contrapone con una caracterización del viajero europeo y/o hablante de inglés que llega por turismo, a través de las elecciones gráficas y lingüísticas de los materiales de comunicación.

Las referencias frecuentes y casi únicas sobre los casos con antecedentes de viaje en los informes periódicos sobre situación del dengue en la Argentina configuran una imagen negativa acerca de las migraciones y del paso por la frontera, contribuyendo, en un plano general, a los discursos que estigmatizan las corrientes migratorias limítrofes y construyen un imaginario asociado con el peligro o la amenaza. En un plano particular, la narración que enfoca de manera preponderante (casi exclusiva) este factor de contagio permite la consolidación de ideas que relacionan seguridad (territorial) y sanidad pública, a través de una suerte de “soberanía sanitaria” que aleja las perspectivas de trabajo regional en torno a una problemática de salud compartida por varios países.

Por otra parte, la ausencia de consideraciones profundas y explícitas sobre las condiciones socioeconómicas que generan una desigualdad estructural —una de las razones más poderosas para la incidencia del dengue— hace permanente la invisibilización de situaciones desfavorables para ciertas regiones del país, poniendo en riesgo así su salud de manera cotidiana. De esta manera, crean asignaturas pendientes en materia de igualdad y no discriminación que dan cuenta del trabajo que resta y de los desafíos necesarios para llevar a cabo.

4.3. Acceso a la información y participación

Por otra parte, se evidencia una ausencia de información acerca de los casos que no tienen antecedentes de viaje y que, residiendo aún en provincias de frontera, no pueden asociar su contagio con la experiencia de un viaje reciente a un país con circulación de dengue. En esas situaciones, no se ahonda en otras variables o factores causales que pudieron haber provocado la enfermedad o el brote, pues de haberlo hecho sería factible elaborar un diagnóstico de situación que no sólo aborde de manera individual los casos —y establezca como único rasgo de distribución si han viajado o no, y adónde—, sino que permitiera contextualizarlos en un escenario socioeconómico donde las condiciones de vida tienen una injerencia importante en el mantenimiento de su salud y en la vulnerabilidad hacia el contagio de ciertas enfermedades.

La información que se oriente a la participación, por su parte, debería incluir temáticas que no reduzcan la transmisión de conocimientos a un bagaje técnico para la prevención doméstica y comunitaria. La incorporación de un diagnóstico socioeconómico en la formulación de líneas estratégicas colabora con el reconocimiento de situaciones desfavorables en diferentes zonas de la Argentina que son afectadas cíclicamente por el dengue. Simultáneamente, permite una participación social integral que se inicia desde la definición de las acciones y actividades principales y, por consiguiente, fortalecen el consenso y la colaboración sostenida en el tiempo. A partir de esta lectura crítica y de la elaboración de propuestas que vayan en el sentido de una formulación de políticas públicas desde un enfoque de derechos humanos, es que se propone la discusión y el ejercicio que siguen.



5. Discusión

Los puntos centrales expuestos sobre el análisis de políticas contra el dengue en Argentina permiten observar cómo la dimensión de producción de información en sentido amplio (de divulgación, técnica, política, etc.) debe reconsiderarse a la luz de una perspectiva de derechos aplicada a la formulación de políticas públicas. En efecto, una de las cuestiones evidenciadas por esta investigación fue la necesidad de debatir desde su misma incorporación las categorías con las que se estructuran líneas estratégicas de políticas de salud —en este caso contra el dengue—, pues ello define desde las opciones de diagnóstico político sobre los factores de incidencia, hasta los contornos y las limitaciones de la idea de participación social.

De acuerdo con lo expuesto, la información no sólo debe actualizarse y readecuarse siguiendo la óptica propuesta por los instrumentos internacionales de derechos



humanos, sino que debe destacarse su rol relevante en todo el desarrollo de políticas públicas, no sólo en la etapa de evaluación o de comunicación de resultados. Este razonamiento parece obvio si se piensa en la centralidad de los datos y contenidos como parte de cualquier estrategia integral que plantea instancias específicas de producción de materiales, capacitación, difusión mediática, comunicaciones interinstitucionales, etc. No obstante, en el análisis del corpus documental sobre las políticas de dengue en la Argentina, durante el periodo 2009-2013, poco y nada se ha encontrado acerca de la definición consensuada de procesos y categorías de fuerte influencia en la elaboración de diagnósticos y acciones.

Siguiendo estas reflexiones, puede afirmarse que el “caso con antecedente de viaje” se registra y se difunde de manera acrítica, dejando a un lado las construcciones sociales y normativas que intentan mirar al extranjero-migrante desde otros parámetros relacionados con la igualdad y el acceso a derechos. En tanto, la “participación social” adquiere un matiz instrumental que tiende a cumplir las indicaciones, tareas y recomendaciones de representantes estatales y comunitarios que transmiten contenidos ya pautados, sin la inclusión de las comunidades. Por su parte, la “comunicación” se estructura sobre la base de una producción de materiales informativos que se distribuyen en la población y estos reproducen a su vez una selección de aseveraciones y asociaciones de sentido que no encuentran un espacio para el debate y la reflexión. El poder de estas definiciones cristalizadas subsiste en el planeamiento de estrategias que pueden ser fructíferas y que tienen elementos interesantes basados en la interacción comunitaria y el trabajo coordinado en fronteras, pero su permanencia vuelve fragmentarias iniciativas que desde otro enfoque podrían ser auspiciosas.

Sólo por dar un ejemplo, a partir de la lectura crítica de las partes de *Situación sobre Dengue en la Argentina*¹⁰, la asociación entre la migración y la cantidad de casos confirmados constituye una prueba de las decisiones previas y determinantes que condicionan el tipo de información sanitaria con la que definen sus acciones los equipos de salud en la Argentina. Si bien el dengue es una enfermedad vectorial, cuyo vehículo de contagio es el mosquito y no la persona enferma, las referencias repetidas a la situación de viaje de los afectados constituye una decisión política de comunicación que no aporta datos para la prevención y el diagnóstico en el territorio argentino, como sí los suministraría la caracterización de la zona donde se producen los brotes. Esto permitiría visualizar cómo viven los sectores más afectados por las desigualdades socioeconómicas y, en consecuencia, de salud. Ello incide de manera directa en el reconocimiento y la garantía de derechos en un sentido progresivo y universal.

¹⁰ Publicación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación) que compendia datos actualizados, cuantitativos y geográficamente localizados, acerca de la composición y características de los brotes de dengue en el país. Un análisis pormenorizado de la serie de esta publicación en el lapso de estudio seleccionado se encuentra en la tesis doctoral anteriormente referida (Gottero, 2014).



5.1. Indicadores en derechos humanos: un desafío metodológico para pensar estrategias de salud

El documento *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA, 2011) expone el modo de identificación y evaluación de las obligaciones contenidas en el PIDESC (1966) y establece tres modos interrelacionados y complementarios para ello: indicadores cuantitativos, indicadores cualitativos y señales de progreso cualitativas. Los indicadores están directamente relacionados con el empleo de una categoría o dimensión (sexo, raza, etnia, edad, etc.). Como su nombre lo indica, los cuantitativos expresan situaciones en términos numéricos, mientras que los cualitativos brindan información sobre la observancia de los derechos que no necesariamente es traducida en cifras.

Los indicadores pueden ser de tres clases: a) estructurales; b) de proceso; c) de resultados. A su vez, se descomponen en tres categorías centrales: a) recepción del derecho (forma en que un derecho del Protocolo se encuentra incorporado en la normativa nacional y las políticas públicas); b) contexto financiero básico y compromisos presupuestarios (disponibilidad efectiva de recursos para ejecutar); c) capacidades estatales o institucionales (de qué manera el Estado resuelve las cuestiones socialmente problematizadas, teniendo en cuenta su aparato instrumental y la distribución de poder al interior de la estructura estatal).

Los indicadores estructurales son los que evalúan las medidas desarrolladas por el Estado para dar cumplimiento a los derechos: “relevar información para evaluar cómo se organiza el aparato institucional y el sistema legal del Estado para cumplir las obligaciones del Protocolo” (OEA, 2011, párr. 33). Los indicadores de proceso evalúan la magnitud de las acciones del Estado para dar cumplimiento a los derechos, “a través de la medición del alcance, la cobertura y el contenido de las estrategias, planes, programas, o políticas u otras actividades e intervenciones específicas encaminadas al logro de metas que corresponden a la realización de un determinado derecho” (OEA, 2011, párr. 34).

Por último, los indicadores de resultado son los que tratan de medir el impacto real de las estrategias y políticas con relación al cumplimiento de derechos: “En cierta manera constituyen un indicio de cómo impactan esas acciones públicas sobre aquellos aspectos que definen el grado de efectividad de un derecho del Protocolo” (OEA, 2011, párr. 35). Las señales de progreso constituyen la forma más flexible y heterogénea de seguimiento, en tanto pretenden dar cuenta del grado de cumplimiento de las obligaciones del Protocolo y, a la vez, no se enlazan de manera directa con ninguna categoría:

se caracterizan porque no parten de una categoría preestablecida, como tampoco de una escala de medición ya dada (estadística), sino que captan la definición de la situación que efectúa el propio actor social y el significado que este le otorga al fenómeno evaluado,



interpretación que resulta clave para poder explicar los hechos (OEA, 2011, párr. 26).

De las tres categorías centrales referidas, el análisis del discurso permite analizar la dimensión de recepción del derecho, en tanto el documento afirma que:

en ocasiones los programas y/o servicios crean beneficios de índole asistencial y no reconocen la existencia de derechos. En concordancia, es importante que los Estados manifiesten en qué medida el derecho es incorporado en la lógica y el sentido de las políticas públicas (OEA, 2011, párr. 38).

En simultáneo, existen dimensiones transversales a todos los indicadores que también aportan información sobre el grado de cumplimiento de derechos: no discriminación e igualdad, acceso a la información y participación, y acceso a la justicia. Los indicadores de igualdad y no discriminación indagan si existen condiciones efectivas que garanticen el acceso a derechos sociales, a través del funcionamiento de las instituciones y de la democracia. Por eso, son considerados categorías que atraviesan a todos los derechos contemplados en el Protocolo.

Por otro lado, la dimensión de producción de información pública que permita efectuar el seguimiento del cumplimiento de derechos ocupa un rol preponderante en el documento: “Para la efectividad de los indicadores cuantitativos y de las señales de progreso cualitativas, será fundamental la posibilidad de acceder a fuentes confiables y seguras de información” (OEA, 2011, párr. 27). Asimismo, la posibilidad de contar con fuentes informativas de carácter público es considerada un elemento central para poder fortalecer el mecanismo de rendición de cuentas y de participación de la sociedad civil, el otro principio transversal del Protocolo:

El adecuado acceso a información pública es una herramienta clave para la participación ciudadana y de resguardo democrático, como también en relación con la responsabilidad horizontal y vertical (*accountability*¹¹) y de las instancias de rendición de cuentas en las políticas públicas que implementan derechos consagrados en el Protocolo (OEA, 2011, párr. 54).

A partir de esta propuesta metodológica basada en el enfoque de derechos humanos, el ejercicio de pensar indicadores y señales de progreso cualitativas —que permitan indagar sobre el grado de cumplimiento de los derechos reconocidos en instrumentos internacionales— puede ser una buena opción para ofrecer insumos concretos para políticas públicas. Resulta indispensable aclarar aquí el carácter propositivo de estas sugerencias, que se orientan a un ejemplo provisorio y a una demostración de referencia. Ejemplo provisorio porque las ideas que se transformaron en indicadores surgen del estudio minucioso de los modos de construir estos parámetros, pero aun

¹¹ La cursiva se mantiene como en el texto original.



así podrían ser reformulados o reemplazados en futuras investigaciones, como sucede en todos los ámbitos de la teoría social. Demostración de referencia porque lo que importa en este ejercicio de reflexión no es tanto los contenidos de estas medidas de evaluación, sino dar cuenta de que es posible articular planeamientos epidemiológicos —en este caso, para abordar una enfermedad vectorial como el dengue— con una perspectiva de derechos humanos. De este modo, a la vez de cumplir las metas propias de un sistema de vigilancia epidemiológica se podrían concretar las demandas en materia de derechos sociales.

Luego de estas advertencias, también debemos recordar que el análisis de las políticas se situó exclusivamente en el nivel de la formulación, tomando como objeto de estudio los discursos elaborados por el MSAL durante el periodo 2009-2013. A partir de este recorte metodológico y del corpus de materiales seleccionados, la propuesta de indicadores y señales de progreso debe adecuarse a las observaciones realizadas y a los resultados que surgen de este modo de abordaje. Por ello, si bien existen varias dimensiones centrales y categorías transversales para evaluar el cumplimiento de derechos sociales —tal como establece el documento *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador* (OEA, 2011) — sólo algunas pueden ser trabajadas a partir del análisis desarrollado en esta investigación.

Por esa razón, en la propuesta que se presenta a continuación —cuyos cuadros explicativos se encuentran al final de las conclusiones, pero completan y amplían la lectura de esta sección— se focaliza una categoría central (recepción del derecho) y dos transversales (igualdad y no discriminación; acceso a la información y participación de la sociedad civil), con el fin de pensar los parámetros que permitirían adecuar la producción de nueva información estatal sobre el dengue —para responsables políticos, equipos de salud y población en general— con una perspectiva de derechos humanos.

En estas sugerencias no se está afirmando que ninguno de estos indicadores se esté cumpliendo en la actualidad: si bien la mayoría representa una asignatura pendiente, otros están en cumplimiento progresivo y algunos ya se han concretado, como es el caso de la ratificación del PIDESC y la realización de instancias de capacitación que incluyen como tema los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la construcción de indicadores que permitan evaluar con los mismos parámetros las diferentes estrategias contra el dengue, y sus documentos asociados, posibilita tanto la comparabilidad al interior de una política pública sanitaria —cuyas líneas de trabajo tienden a fragmentarse y a volverse crecientemente heterogéneas—, como la visualización de ausencias o elementos faltantes que se revelan como insumos para planificar una acción sanitaria de acuerdo con un enfoque de derechos.

Tabla 1

Propuesta de indicadores y señales de progreso para evaluar la categoría central de recepción del derecho en las políticas contra el dengue (Argentina, 2009-2013)

Indicadores	Recepción del derecho
Indicadores estructurales	<p>A partir de la aprobación y ratificación del PIDESC, incorporación en medidas concretas de Observaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) sobre derechos asociados con las variables que inciden en la prevalencia del dengue: el más alto nivel de salud posible, agua y saneamiento, vivienda adecuada, igualdad y no discriminación, medio ambiente sano, etc.</p> <p>Articulación interinstitucional —de manera complementaria con el COFESA y el COFELESA¹²— entre el MSAL y las agencias estatales de desarrollo social, infraestructura y servicios públicos, migración (DNM¹³), igualdad y no discriminación (INADI¹⁴), educación, y defensorías.</p>
Indicadores de proceso	<p>Cobertura, características y continuación en el tiempo de programas que contribuyan a la prevención y control del dengue a partir de la articulación con poblaciones específicas, cuyas probabilidades de enfermar son más elevadas: migrantes regionales (especialmente limítrofes) y habitantes en zonas de vulnerabilidad socioeconómica que poseen mayor riesgo de contraer la enfermedad.</p> <p>Registros de vigilancia epidemiológica y situación de salud que permitan (y utilicen) el cruce de dimensiones para una consideración de la problemática del dengue desde una perspectiva de acceso a derechos. Para ello, articular los datos del SINAVE¹⁵ con información sobre condición socioeconómica de zonas afectadas, indicadores de infraestructura (agua potable, saneamiento, tipo de vivienda, etc.) y comparación entre casos autóctonos y “con antecedentes de viaje” en las regiones donde hay confirmaciones o brotes.</p>
Señales de progreso cualitativas	<p>Desarrollo de iniciativa interinstitucional (el MSAL, la DNM y otras agencias estatales relacionadas con acceso a derechos sociales) sobre derecho a la salud y migración regional en Argentina.</p> <p>Número y características de organizaciones de las colectividades migrantes que participan de la elaboración de políticas y la realización de actividades de prevención del dengue.</p> <p>Número y características de organizaciones de la sociedad civil con trabajo territorial y relacionado con el derecho a la salud que participan en la elaboración de planes, programas y proyectos sobre control y prevención del dengue.</p>

En la tabla 1 sobre recepción del derecho, los indicadores estructurales abordan, por un lado, el reconocimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos ratificados por Argentina (como el PIDESC), que deben ser incorporados en el enfoque y en el contenido a la hora de formular políticas públicas. Del mismo modo, se incluyen en estas consideraciones las Observaciones Generales, pues si bien no están sujetas a ningún mecanismo de aprobación, surgen de los derechos reconocidos en el PIDESC y de las evaluaciones del Comité de DESC sobre la acción de los Estados en materia de cumplimiento de derechos.

¹² Consejo Federal de Salud (COFESA) y Consejo Federal Legislativo de Salud (COFELESA).

¹³ Dirección Nacional de Migración.

¹⁴ Instituto Nacional contra la Discriminación.

¹⁵ Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.



En los indicadores de proceso, se sugieren medidas que tiendan a la articulación de dimensiones para facilitar la comprensión en profundidad de la problemática del dengue, así como el reconocimiento del peso de los determinantes sociales en la prevalencia de esta enfermedad en las áreas más afectadas. Esas iniciativas, sin embargo, no deben formar parte sólo de un documento que visibilice esas articulaciones, sino que tienen que ser incorporadas en el modo de producir y sistematizar información estadística que luego se difunda entre los responsables políticos del área de salud en los tres niveles (municipal, provincial y nacional), equipos de salud y la población en general. Dado que la información también es un derecho, este nivel de recepción se combina con las recomendaciones elaboradas para la dimensión transversal de acceso a la información y participación, pero la misma interdependencia de los derechos obliga al cruce continuo de categorías.

Tabla 2

Propuesta de indicadores y señales de progreso para evaluar la dimensión transversal de igualdad y no discriminación en las políticas contra el dengue (Argentina, 2009-2013)

Indicadores	Igualdad y no discriminación
Indicadores estructurales	<p>Tipo, número y características de iniciativas estatales en infraestructura para mejorar las condiciones que inciden en la prevalencia e incidencia de dengue: a) agua y saneamiento; b) vivienda adecuada; medio ambiente sano.</p> <p>Programa de capacitación a responsables políticos y equipos técnicos (médicos, estadísticos, trabajadores comunitarios, etc.) sobre derecho a la salud, determinantes sociales y poblaciones vulnerables.</p> <p>Programa de difusión y capacitación a equipos de salud sobre derecho a la salud para poblaciones migrantes en Argentina, de acuerdo con la ley migratoria vigente (N° 25871).</p>
Indicadores de proceso	<p>Estimaciones de casos sospechosos (sintomatología compatible), notificados y confirmados según zona de ocurrencia y características socioeconómicas colectivas (del barrio o comunidad) e individuales (características de infraestructura del espacio doméstico más allá de la presencia de recipientes o espacios que puedan acumular agua).</p> <p>Estimaciones y análisis comparativo de casos autóctonos y “con antecedentes de viaje” en cada zona de ocurrencia, con el fin de evaluar el peso específico de las confirmaciones en personas que han viajado por sobre las que no lo han hecho.</p> <p>Número, características, tiempo de duración y modo de comunicación de los programas de capacitación para responsables políticos del área sanitaria y equipos técnicos sobre derecho a la salud, determinantes sociales y poblaciones vulnerables.</p> <p>Número, características, tiempo de duración y modo de comunicación de los programas de capacitación para equipos de salud sobre derecho a la salud y migración en Argentina.</p>

Continúa...



Continuación de la Tabla 2

Indicadores	Igualdad y no discriminación
Señales de progreso cualitativas	<p>Características y frecuencia de encuestas sobre percepciones de población en zonas afectadas sobre el contagio de dengue, incluyendo la relación entre sus condiciones de vida, infraestructura doméstica y barrial, con el nivel de ocurrencia de casos en sus espacios cotidianos.</p> <p>Características y frecuencia de encuestas sobre opiniones y conocimientos sobre derecho a la salud y migración, para equipos de salud y población que reside en zonas de frontera o de alta concentración migratoria regional (AMBA¹⁶).</p>

La tabla 2 retoma la acepción ampliada de igualdad y no discriminación para pensar esta categoría en relación con los procesos socioeconómicos que generan una desigualdad estructural, además de la inclusión en esta definición de los grupos vulnerables por múltiples razones: económicas, étnicas, de origen nacional, de género, etc. En lo que respecta a las estrategias contra el dengue, la inclusión de esta dimensión en la formulación de políticas demanda de manera urgente la interrelación entre incidencia y condiciones de vida de las zonas con mayor cantidad de casos notificados y confirmados. Del mismo modo, contempla la visibilización de este nexo en todas las instancias de acción sanitaria: responsables políticos, equipos de salud (médicos y no médicos) y población en general.

En lo que refiere específicamente a poblaciones vulnerables, a los sectores más desfavorecidos y en riesgo de contraer dengue por las carencias de infraestructura que sufren, se suman los grupos migrantes, connotados negativamente en la mayoría de los materiales y asociados con el inicio de los brotes. Por ello, se considera imprescindible planificar y profundizar la realización de acciones de incidencia y capacitación sobre derecho a la salud para poblaciones migrantes en Argentina, tomando lo que la ley migratoria vigente (N° 25871) reconoce en su Art. 8 sobre atención médica de manera independiente a la condición migratoria y cruzándolo con los análisis sobre discriminación o construcciones estereotipadoras en espacios de salud.

Finalmente, se considera una señal de progreso cualitativa con respecto a estas intersecciones temáticas (incidencia, condiciones socioeconómicas, igualdad y no discriminación, migración, etc.) la de recabar la voz de la población con respecto a la problemática que la afecta. De este modo, las encuestas sobre experiencias y opiniones con respecto al contagio local de dengue constituyen una instancia previa para las iniciativas de capacitación y educación para la salud.

¹⁶ Área Metropolitana de Buenos Aires.

**Tabla 3**

Propuesta de indicadores y señales de progreso para evaluar la dimensión transversal de acceso a la información pública y participación de la sociedad civil en las políticas contra el dengue (Argentina, 2009-2013)

Indicadores	Acceso a la información y participación
Indicadores estructurales	<p>Inclusión de parámetros de elaboración de información oficial que permitan la comparabilidad y la evaluación en materia de derechos humanos.</p> <p>Definición de estándares sobre información suficiente, adecuada y oportuna sobre prevención y control del dengue.</p> <p>Incorporación en medidas concretas del Dto. 1172/2003 sobre acceso a la información pública y del Art. 9 de la ley migratoria 25871 sobre derecho a la información para poblaciones migrantes.</p> <p>Explicitación del nivel de participación esperado en los planes y programas de salud y construcción de esta expectativa en sintonía con los estándares de participación para la evaluación y el control (<i>accountability</i>) previsto en instancias internacionales de derechos.</p> <p>Incorporación de la población en la instancia del diagnóstico para que sus opiniones y sugerencias se constituyen en insumos para los programas y planes contra el dengue.</p>
Indicadores de proceso	<p>Características y cobertura de programas de capacitación sobre derecho a la salud desarrollado en las áreas de mayor incidencia de dengue, para equipos de salud, agentes comunitarios y población en general.</p> <p>Formulación de instancias colectivas de intercambio —previstas desde la planificación de las iniciativas— donde, de manera previa a la transmisión de datos de prevención y control del dengue, haya un espacio para que las personas expresen sus opiniones y percepciones sobre los brotes de dengue, así como sus experiencias sobre esta problemática.</p> <p>Producción de materiales de comunicación sobre prevención de dengue que se dirijan a las poblaciones más afectadas y a los centros de salud en todo el país, que incluyan la interpelación al migrante regional incluyéndolo como sujeto de cuidado.</p> <p>Características, llegada y tipo de difusión de materiales informativos dirigidos a migrantes regionales, que contemple su probabilidad “combinada”¹⁷ de tener dengue con una perspectiva de derecho a la salud reconocida por la normativa argentina.</p> <p>Características y cobertura de programas participativos que permitan la construcción comunitaria del conocimiento sobre la relación entre hábitos domésticos y factores de incidencia de dengue (ej.: recolección de agua en recipientes), para evaluar cuáles acciones tienen que ver con la costumbre y cuáles con la necesidad surgida de las condiciones de vida (ej.: recolectar agua en recipientes grandes tiene que ver con la ausencia de agua potable en la casa).</p> <p>Capacitación a funcionarios que producen información sobre salud sobre los ejes que deben tener en cuenta para incluir una perspectiva de derechos humanos en las políticas de salud sobre dengue.</p> <p>Incluir mecanismos de efectivo empoderamiento de la población (a través del reconocimiento del derecho a la salud y sus derechos asociados) y de exigibilidad de cumplimiento en los programas y planes contra el dengue.</p>

Continúa...

¹⁷ Esta población se ve atravesada por una doble vulnerabilidad: la de haber migrado y transitado una zona de frontera caracterizada históricamente como riesgosa para la transmisión de enfermedades infecciosas, más la de afrontar las probabilidades de contagio surgidas de las condiciones de vida en el país de destino, sobre todo cuando su lugar de residencia tiene carencias socioeconómicas y de infraestructura.

*Continuación de la Tabla 3*

Señales de progreso cualitativas	<p>Características, llegada y tipo de difusión de materiales de comunicación en el marco de la estrategia global contra el dengue, con inclusión del migrante regional como enunciario.</p> <p>Espacios institucionales permanentes de intercambio y participación social sobre control y prevención del dengue, donde haya intercambio con representantes estatales del área de salud, además de equipos técnicos y agentes comunitarios.</p> <p>Características, tipo de difusión y cobertura de la campaña nacional de prevención contra el dengue.</p> <p>Desarrollo de materiales específicos sobre derecho a la salud, derechos humanos y determinantes sociales, haciendo foco en poblaciones vulnerables.</p> <p>Elaboración de programas de interacción entre los estados municipales y la población para intercambiar percepciones y experiencias sobre el contagio de dengue y comunicación participativa de las soluciones estatales y comunitarias que se están implementando para su control.</p>
----------------------------------	---

La tabla 3 pretende dar cuenta de la centralidad de la producción de información como condición de acceso a derechos sociales. Incluso, la participación depende de la información; por lo tanto, debatir y consensuar contenidos y categorías de clasificación representa un paso ineludible para articular estrategias de acción sanitaria donde la colaboración activa de la comunidad tenga un lugar auténtico. La producción de información suficiente, adecuada y oportuna, en relación con esta noción plena de participación social, no remite de manera general a la “movilización” únicamente, sino que posibilita la construcción de estrategias de promoción y educación para la salud, de acuerdo a las definiciones originales de estos procesos y no como fueron resignificados luego por los organismos internacionales.

6. Conclusiones

En esta breve presentación de resultados de investigación, lo que surge en primera instancia es la necesidad de debatir sobre las características y los parámetros de la recopilación, sistematización y difusión de datos epidemiológicos, en tanto ellos constituyen insumos para los equipos de salud, para las líneas estratégicas y para las acciones en la sociedad.

Asimismo, puede observarse cómo la información adecuada, suficiente y oportuna por parte del Estado representa un elemento de legitimidad de las políticas desde su misma formulación, pero sobre todo a la hora de elaborar diagnósticos actualizados a partir de la acción “en terreno”.

Siguiendo lo expuesto, existen numerosos y urgentes desafíos con respecto a la elaboración de datos públicos, cuestión que se inscribe en el derecho a la información como un derecho humano y que permite dejar al descubierto una multiplicidad de situaciones que permiten evaluar y hacerse una idea del acceso a otro tipo de derechos asociados con las condiciones de vida. De esta manera, la información no es un “bien” de los Estados para definir sus futuras acciones, sino un derecho de los

pueblos para evidenciar avances y retrocesos en el marco del conjunto de derechos de cumplimiento estatal obligatorio.

Del estudio realizado surge como una cuestión relevante el modo en que se produce información oficial sobre una problemática sanitaria, pues las características de esos datos inciden en la elaboración de un diagnóstico y en la definición de alternativas de acción. De allí, la importancia urgente de un debate sobre el modo de elaborar información pública sanitaria desde una perspectiva de derechos y, en ese sentido, se orienta la propuesta de indicadores presentada hacia el final de este apartado.

Tomando la categoría central (recepción del derecho) y las dimensiones transversales (igualdad y no discriminación; acceso / producción de información y participación) que podían indagarse a partir de los hallazgos obtenidos mediante el análisis del discurso, el ejercicio de pensar indicadores en derechos humanos para este tipo de políticas públicas siempre estará sujeto a reformulaciones y ajustes, pero pudo demostrar una cuestión central: que la perspectiva de derechos humanos puede y debe incorporarse en este tipo de planificaciones epidemiológicas y que ello constituye un avance certero hacia la consolidación de una mirada regional y comparable entre experiencias nacionales.



7. Referencias

Las referencias marcadas con un asterisco indican estudios comprendidos en el meta-análisis.

- Abramovich, V. (2012) Los derechos humanos en el marco del proceso de integración regional en el Cono Sur. *Derecho Público*, 1(2), 185-206.
- Arnoux, E. (2009) *Análisis del discurso. Modos de abordar materiales de archivo*. Buenos Aires, Argentina: Santiago Arcos Editor.
- Balardini, L., y Royo, L. (2012). La exigibilidad del derecho a la vivienda y el uso de indicadores para su monitoreo. Las relocalizaciones en la Cuenca Matanza Riachuelo. En L. Pautassi y G. Gamallo (Dir.), *¿Más derechos, menos marginaciones? Políticas sociales y bienestar en la Argentina* (pp. 71-116). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Centro de Estudios Legales y Sociales. (2009). *Derechos humanos en Argentina. Informe 2009*. Buenos Aires, Argentina: Siglo XXI Editores.
- Charaudeau, P., y Maingueneau, D. (Dir.). (2002). *Diccionario de Análisis del Discurso*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Chuit, R. (2000). El dengue, una realidad hoy. *Boletín de la Asociación Nacional de Medicina*, 78, 131-142.
- De Sousa Santos, B. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El otro derecho*, (28), 59-83.
- Ducrot, O. (2001). *El decir y lo dicho*. Buenos Aires, Argentina: Edicial.



- Gerlero, M. (2010). Inclusión social y perspectiva de derecho: el aporte de la Sociología Jurídica. En L. Pautassi (org.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina* (pp. 67-92). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Gottero, L. (2012a). Políticas de salud, migración y desigualdades: análisis de planificaciones nacionales en epidemiología. En S. Novick (Dir.^a), *Migración y políticas públicas. Nuevos escenarios y desafíos* (pp. 261-292). Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Gottero, L. (2012b). "Caso con antecedentes de viaje": una problematización de la causalidad construida sobre el dengue en Argentina (2009-2013). *Eä Journal*, 4(2), 1-31.
- Gottero, L. (2014). *Migraciones limítrofes, derecho a la salud y participación social en políticas sobre dengue. Análisis de los discursos sobre el diagnóstico estatal y las soluciones propuestas (Argentina, 2009-2013)* (tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Kourí, G., Pelegrino, J. L., Munster, B. M., y Guzmán, M. (2007). Sociedad, economía, inequidades, dengue. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 59(3), 177-185.
- Maingueneau, D. (1989) *Introducción a los métodos de análisis del discurso*. Buenos Aires, Argentina: Hachette.
- Maingueneau, D. (2002). Problèmes d'ethos. *Pratiques*, (113/114), 55-67.
- Maingueneau, D. (2004). ¿Situación de enunciación o situación de comunicación? *Revista Discurso*, 3(5).
- Maingueneau, D. (2008). *Términos clave de análisis del discurso*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2007). *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de enfermedades de notificación obligatoria*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009a). *Curso sobre enfermedades vectoriales para agentes comunitarios*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009b). *Participación social en la prevención del dengue: guía para agentes comunitarios*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009c). *Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009d). Situación del dengue en Argentina. *Boletín Epidemiológico Periódico*.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009-2013a). *Materiales de comunicación sobre prevención del dengue*. Buenos Aires, Argentina: Autor. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/dengue/index.php/recursos-de-comunicacion/graficos>¹⁸
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2009-2013b). *Situación sobre Dengue en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Autor.¹⁹
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2010a). *De la epidemia a la eficacia. Antecedentes, implementación y resultados del Plan Nacional de Prevención y Control del Dengue y la Fiebre Amarilla*. Buenos Aires, Argentina: Autor.

¹⁸ Esta referencia corresponde a la serie de materiales de comunicación (folletos, trípticos, postales, etc.) con información sobre prevención del dengue. El 2009-2013 refiere el periodo de producción de esos materiales. En la web se encuentran los más recientes, pero también se trabajó con los anteriores que ya no están publicados en la página.

¹⁹ Se trata de una serie de 82 partes que se publicaron entre el año 2009 y el 2013. Son informes técnicos que se difundían cada quincena o semana, de acuerdo con la intensidad de los brotes.



- *Ministerio de Salud de la Nación. (2010b). *Directrices para prevención y control de Aedes aegypti*. Buenos Aires, Argentina: Autor. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000235cnt-01-directrices-dengue.pdf>
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2013a). *El mosquito Lito*. Buenos Aires, Argentina.
- *Ministerio de Salud de la Nación. (2013b). *Invasión*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2013c). *Recomendaciones comunicacionales para la prevención del dengue en fases prebrote y brote*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2008). *Situación de fiebre amarilla en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2009a). *Borrador de Protocolo de Acciones de Control de Aedes aegypti*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2009b). *Situación del dengue en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2009c). *Guía Preliminar en Revisión de Dengue para Equipo de Salud*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2010a). *Informe Dengue en Argentina*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. (2010b). *Anexo de Enfermedades Vectoriales*. Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Epidemiología. (2009). *Dengue: Guía para el equipo de salud Nr. 2* (2ª edición). Buenos Aires, Argentina: Autor.
- *Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Epidemiología. (2013). *Dengue: Guía para el equipo de salud Nr. 2* (3ª edición). Buenos Aires, Argentina: Autor.
- Organización de los Estados Americanos, Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral. (2011). *Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador*. Washington D. C.: Autor.
- Organización Panamericana de la Salud, y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Actualización del dengue en las Américas*. Buenos Aires: Autores.
- Ortiz, Z. (2005). Las enfermedades de la pobreza desde la Epidemiología [Informe Especial]. *Revista Médicos Hoy*, 1-9.
- Pautassi, L. (2010). El enfoque de derechos y la inclusión social. Una oportunidad para las políticas públicas. En L. Pautassi (org.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina* (pp. 27-66). Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Pautassi, L., y Ramírez, S. (2013). Derecho a la salud en contextos de discriminación: el caso de los pueblos originarios. En L. Clérico, L. Ronconi, y Aldao, M. (coords.), *Tratado de Derecho a la Salud* (pp. 845-872). Buenos Aires, Argentina: Abeledo-Perrot.
- Tarragona, S., Monteverde, M., Marchiotti, S., Caporale, J., Pereiro A. C., y Palacios J. M. (2012). Dengue en la Argentina: un análisis económico del impacto de la epidemia de 2009. *Salud Colectiva*, 8(2), 151-162.
- Urueña, R. (2014). Indicadores de derechos humanos: contexto y desafíos en América Latina. En *Manual Derechos Humanos y Políticas Públicas* (pp. 81-130). Barcelona, España: DHES, Red de Derechos Humanos y Educación Superior.

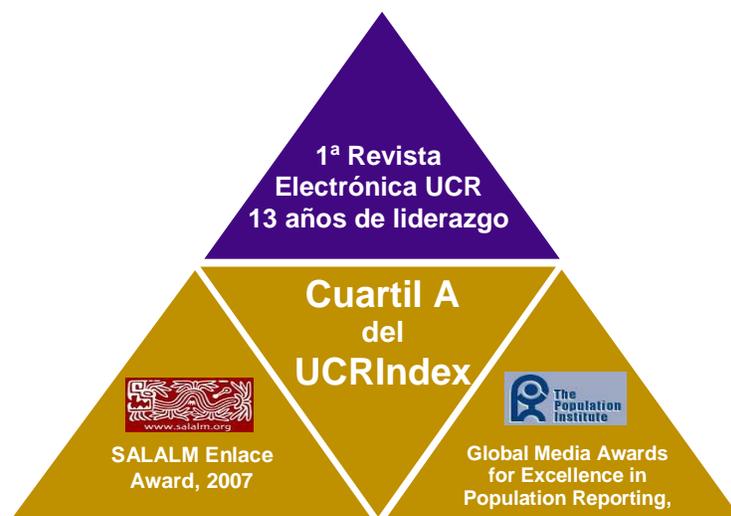


Población y Salud en Mesoamérica

PSM

¿Desea publicar en PSM?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos.
Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#)



Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

