



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina



Número 1.311

7 de marzo de 2014

Publicación de:
**Servicio de Infectología
Hospital Nuestra Señora
de la Misericordia**
Ciudad de Córdoba
República Argentina

Comité Editorial

Editor Jefe

Ángel Mínguez

Editores Adjuntos

Ílide Selene De Lisa
Enrique Farías

Editores Asociados

Jorge S. Álvarez (Arg.)
Hugues Aumaitre (Fra.)
Jorge Benetucci (Arg.)
Pablo Bonvehí (Arg.)
María Belén Bouzas (Arg.)
Isabel Cassetti (Arg.)
Arnaldo Casiró (Arg.)
Ana Ceballos (Arg.)
Sergio Cimerman (Bra.)
Milagros Ferreyra (Fra.)
Salvador García Jiménez (Gua.)
Ángela Gentile (Arg.)
Ezequiel Klimovsky (Arg.)
Gabriel Levy Hara (Arg.)
Susana Lloveras (Arg.)
Gustavo Lopardo (Arg.)
Eduardo López (Arg.)
Tomás Orduna (Arg.)
Dominique Peyramond (Fra.)
Daniel Pryluka (Arg.)
Charlotte Russ (Arg.)
Horacio Salomón (Arg.)
Eduardo Savio (Uru.)
Daniel Stecher (Arg.)

Noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a las mismas)

Córdoba

- Detectan VPH en la boca de pacientes odontológicos
- Bell Ville: Analizan la situación sanitaria en la localidad

Argentina

- Vigilancia de lepra
- Buenos Aires, Quilmes: Cuatro personas internadas por leptospirosis

América

- Colombia, Tolima: Reportan 77 casos de leishmaniosis visceral en lo que va del año
- Estados Unidos: La respuesta inmunológica a la vacuna contra la rubéola varía según la etnia
- Estados Unidos, New York: Alertan sobre una rara infección de la piel provocada por mariscos y pescado en barrios chinos de la ciudad

- Guyana: Disminuyen los casos de malaria
- Nicaragua, León: Brote de hepatitis en un colegio

El mundo

- Bangladesh inició una campaña masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola
- Europa: Lanzamiento de una red europea contra la teniosis/cisticercosis
- Grecia: Aumenta a 79 el número de muertos por influenza A(H1N1) y se esperan más casos
- India: La tuberculosis es cada vez más resistente
- El tratamiento antirretroviral previene la transmisión del VIH en hombres gays y personas heterosexuales
- Desarrollan un prototipo de vacuna contra la fiebre chikungunya

Adhieren:



www.circulomedicocba.org/



www.apinfectologia.org/



www.slamviweb.org/



www.consejomedico.org.ar/



www.sadip.net/



www.said.org.ar/



www.sap.org.ar/



www.apargentina.org.ar/



Detectan VPH en la boca de pacientes odontológicos

5 de marzo de 2014 – Fuente: Universidad Nacional de Córdoba

Investigadores del Instituto de Virología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) detectaron el virus de papiloma humano (VPH) en lesiones bucales de pacientes odontológicos. El virus, asociado a infecciones en la zona genital, es considerado como el principal factor capaz de desarrollar cáncer de cuello uterino y está señalado como el responsable de causar 90% de los casos de cáncer de ano.



Según datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el VPH afecta, aproximadamente, a 660 millones de personas cada año en el mundo y a 4.000 personas en Argentina. Ante esta situación surge la siguiente pregunta: ¿cómo llega este virus genital a la boca?

Para los investigadores, la detección del virus en la cavidad bucal de los pacientes puede estar asociada a prácticas de sexo oral. Al respecto, Cecilia Cuffini, doctora en Ciencias de la Salud y responsable del proyecto, explicó que “la mucosa del cuello de útero es muy parecida a la mucosa oral y la forma en que el virus puede infectar estas mucosas (oral, genital y anal) es por contacto de célula infectada a célula susceptible. Por eso creemos que el contagio se produce por contacto oral-oral y oral-genital”.

En el estudio, uno de los tres primeros de este tipo en toda Sudamérica, se obtuvieron muestras de 84 pacientes diagnosticados y tratados en la Facultad de Odontología de la UNC entre marzo y diciembre de 2012. Esos materiales biológicos fueron analizados mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Esta técnica permitió identificar al VPH a través de su código genético.

El VPH fue encontrado en 88,89% de las lesiones bucales benignas, 41,38% de las excoriaciones potencialmente malignas y en 56,52% de las neoplasias. Los genotipos más prevalentes fueron el 16 (considerado de alto riesgo oncológico) y el 6 (asociado a la generación de verrugas genitales).

“Lo que más nos preocupa es que el virus que llega a la boca se transmite principalmente por vía oral-genital, y la población, principalmente la más joven, tiene relaciones orales intentando de esa forma evitar los embarazos, pero no considerando las infecciones que pueden sufrir”, remarca la investigadora.

Los expertos señalan al tabaquismo y al alcohol como los principales causantes de cáncer oral, y, a su vez, estas drogas legales podrían agravar el cuadro de las personas infectadas con VPH en su boca. “Si una persona está infectado por el VPH y además consume alcohol en exceso y tiene el hábito de consumo de tabaco, tiene un porcentaje muy alto de desarrollar cáncer oral”, advierte Cuffini.

Finalmente, la investigadora señala la necesidad de informar adecuadamente a la población sobre los peligros de las infecciones de transmisión sexual: “Debemos brindarles información certera a los jóvenes para evitar la infección por la mucosa oral y alertar a los odontólogos para que no se limiten a la observación de piezas dentales, sino que también observen posibles lesiones en la boca y así tener una actitud preventiva”, concluye.



Bell Ville: Analizan la situación sanitaria en la localidad

5 de marzo de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

Francisco Fortuna, ministro de Salud de la Provincia de Córdoba, estuvo reunido junto al intendente municipal de Bell Ville, Nelson Ipérico, el jefe de Bomberos Voluntarios, Cristian Galo y el director del Hospital Regional ‘Dr. José Antonio Ceballos’, Guillermo Tomas, analizando la situación de emergencia que se vive por la crecida del Río Ctlamochita.

El ministro de Salud, puso a total disposición la ayuda sanitaria de la Provincia e hizo hincapié en las medidas sanitarias preventivas que debe adoptar la sociedad, a fin de evitar cualquier tipo de enfermedad. Entre ellas extremar las medidas de higiene, evitar el contacto con líquidos cloacales, consultar a los profesionales ante un cuadro febril, tener manejo higiénico de los alimentos, entre otras.



Asimismo, Fortuna destacó la importancia de la atención en el control emocional de los damnificados en el centro de contención del Club Bell.

En ese sentido, se diagramó una reunión con personal de Defensa Civil pos inundación, para elaborar un plan de trabajo con el Área de Epidemiología de la provincia para la próxima semana.

Mientras el río Ctlamochita sigue retrocediendo y continúan las tareas para atender las contingencias en las localidades afectadas por la crecida, Daniel Passerini, ministro de Desarrollo Social, destacó “el monumental trabajo de los bomberos” y de los “voluntarios, los jóvenes, los boy scouts, que dejaron lo mejor de sí”.

Passerini precisó que en Bell Ville quedan aún 36 evacuados en el club Bell y familias autoevacuadas que permanecen en viviendas particulares. "Todos están bien y no hay que lamentar ningún problema físico de estas personas", afirmó el funcionario.

El barrio ex Enet de Bell Ville todavía persiste anegado, debido a que recibe agua desde otro punto de la ciudad y del río. Recursos Hídricos está trabajando en estos momentos para bloquear el escurrimiento y comenzar extraer el agua mediante bombeo.

En Ballesteros, otra de las ciudades anegadas, si bien la crecida está bajando, "en los barrios del oeste de la ciudad persiste una cantidad importante de agua que impide que 40 personas puedan volver a su domicilio. Hay evacuados en el geriátrico municipal y en la escuela primaria de Ballesteros", puntualizó el ministro.

Entre la asistencia que llevó Desarrollo Social a la zona, Passerini indicó que ya se han distribuido 40.000 litros de agua mineral. "Estamos empezando a hacer la evaluación de daños en las viviendas. Estuve recorriendo Bell Ville, Ballesteros y Ballesteros Sur, donde hay viviendas que han sufrido un gran daño por desmoronamiento del pozo negro".

Argentina



Vigilancia de lepra

27 de febrero de 2014 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2013/2014, hasta semana epidemiológica 2. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	1	—	—
Buenos Aires	6	6	1	1
Córdoba	1	1	—	—
Entre Ríos	—	—	—	—
Santa Fe	2	2	1	1
Centro	10	10	2	2
Mendoza	—	—	—	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	—	—	—	—
Cuyo	—	—	—	—
Corrientes	1	1	1	1
Chaco	1	1	2	2
Formosa	4	4	—	—
Misiones	3	3	—	—
NEA	9	9	3	3
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	—	—	—	—
La Rioja	—	—	—	—
Salta	1	1	—	—
Santiago del Estero	1	1	—	—
Tucumán	—	—	—	—
NOA	2	2	—	—
Chubut	—	—	—	—
La Pampa	—	—	—	—
Neuquén	—	—	—	—
Río Negro	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
Sur	—	—	—	—
Total Argentina	21	21	5	5



Buenos Aires, Quilmes: Cuatro personas internadas por leptospirosis

5 de marzo de 2014 – Fuente: El Sol (Argentina)

Al menos cuatro personas fueron internadas y debieron ser tratadas por leptospirosis en el Hospital Zonal General de Agudos 'Dr. Isidoro Gregorio Iriarte', de Quilmes. En todos los casos eran oriundos de San Francisco Solano y vivían a la vera del arroyo Las Piedras.

La información fue confirmada por las autoridades del nosocomio, quienes explicaron que en las últimas dos semanas tres personas se acercaron con síntomas de la enfermedad y quedaron inmediatamente internadas y fueron tratadas. El 4 de marzo ingresó un cuarto paciente que también fue hospitalizado.

Dos de los internados fueron dados de alta en los últimos días, luego de habérseles realizado el tratamiento recomendado y después que los resultados de los exámenes dieran negativos. Un tercer paciente continúa en el hospi-

¹ Los casos notificados incluyen sospechosos, probables, confirmados y descartados.



tal, aunque ya tendría el alta para abandonarlo. Según informaron desde el hospital, esta persona estuvo en un estado grave y pasó algunos días en la unidad de terapia intensiva.

El cuarto internado es una mujer que llegó al nosocomio el 4 de marzo, con los mismos síntomas que habían presentado los dos primeros. El procedimiento médico indica la internación y poner bajo tratamiento a la persona a la cual se le realizaran también los análisis para confirmar si finalmente es leptospirosis.

Hace una semana trascendió que una mujer de 39 años habría fallecido en San Francisco Solano con los mismos signos que las personas que fueron internadas: fiebre, cefalea, dolores musculares, articulares y óseos, insuficiencia renal, hemorragias y afectación de las meninges.

La particularidad en los cuatro casos es que los pacientes eran provenientes de San Francisco Solano y viven a la vera del arroyo Las Piedras. Toda esa zona fue azotada por las lluvias en el mes de febrero y sufrieron reiteradas inundaciones provocadas por el desborde del cauce del arroyo. La acumulación de residuos en el lugar, sumado a las malas condiciones de higiene y la falta de limpieza, generaron las condiciones insalubres que dieron lugar a la aparición de una gran cantidad de roedores en el barrio, hecho denunciado por los vecinos.

América

EL NUEVO DÍA
EL PERIÓDICO DE LOS TOLIMENSES

Colombia, Tolima: Reportan 77 casos de leishmaniosis visceral en lo que va del año

4 de marzo de 2014 – Fuente: El Nuevo Día (Colombia)

La Gobernación de Tolima, a través de la Secretaría de Salud Departamental, adelanta acciones en los municipios que hoy reportan al Sistema de Vigilancia Epidemiológica casos positivos de leishmaniosis cutánea.

De acuerdo con los datos entregados por el Sistema de Vigilancia, en lo que va del año se han reportado 77 casos en los siguientes municipios: Armero Guayabal (2), Chaparral (17), Falan (2), Ortega (1), Planadas (4), San Antonio (4), Rioblanco (44) y Rovira (3).

De acuerdo con Eduardo Lozano, coordinador de Saneamiento Básico de la Secretaría, esta semana la Secretaría de Salud inicia la fumigación a 450 viviendas rurales donde se han reportado casos en el municipio de Rovira. El año pasado este municipio reportó de 89 casos, del total de 510 reportados en la período 2013 en Tolima.

La leishmaniosis cutánea es una enfermedad que se presenta en un gran porcentaje en el área rural de los municipios, y se transmite a través de la picadura de un flebótomo conocido como 'mantablanca' o 'capotillo'.



Estados Unidos: La respuesta inmunológica a la vacuna contra la rubéola varía según la etnia

3 de marzo de 2014 – Fuente: Vaccine

Existe evidencia "sólida" de que la respuesta inmunológica humoral varía entre las etnias, según afirma un equipo del Grupo de Investigación de Vacunas de la Clínica Mayo, en Rochester, Minnesota, Estados Unidos.

El equipo del Dr. Gregory A. Poland determinó que los afroamericanos poseen niveles de anticuerpos contra la rubéola significativamente más altos que la población de origen europeo o hispano.

"Las políticas de inmunización son poblacionales. Es un paradigma que parece correcto y hasta obvio. Pero a medida que avanzamos en la era de la medicina personalizada, ese paradigma se va desvaneciendo –explicó-. Por ejemplo, un paciente que llega a la Clínica Mayo con hipertensión resistente, depresión o ciertas enfermedades recibe un tratamiento personalizado según su genómica. Hay portadores de ciertos genes a los que la dosis habitual de quimioterapia los mataría y hay otros que necesitan que dupliquemos esa dosis para mejorar. Nadie aplicó ese paradigma a las respuestas a las vacunas. Nuestro grupo impulsa el concepto de vacunología individualizada o vacunómica".

Junto a su equipo, Poland estudió la relación entre la etnia, el sexo y los niveles de anticuerpos contra la rubéola en dos cohortes independientes de casi 2.000 personas saludables. Los resultados demuestran claramente que las respuestas inmunológicas a la vacuna varían significativamente entre los dos y los seis años posteriores a su aplicación, con títulos más altos en los afrodescendientes que en las personas de origen europeo y/o hispano.

Este hallazgo "coincide con, y estaría asociado con, mayores concentraciones de inmunoglobulina en los afroamericanos que en los blancos (es decir, IgG total, IgG1, IgG2, IgM e IgA) que son atribuidas principalmente a las diferencias genéticas", escribió el equipo.

“Estamos viendo que la población afroamericana responde mejor a la vacuna. En un grupo de estadounidenses de origen somalí, la respuesta fue más de dos veces mayor que en los caucásicos, mientras que la del resto de los afroamericanos se mantuvo entre ambos grupos. La respuesta más baja ocurrió en los hispanos”, sostuvo Poland.

“No encontramos diferencias de género, aunque observamos que influye el resto de las vacunas que estudiamos, a las que las mujeres siempre responden mejor que los hombres por motivos que no comprendemos”, agregó.

El equipo considera que se necesitan más estudios sobre los factores genéticos, los procesos biológicos y las vías de formación y mantenimiento de la respuesta inmunológica humoral y celular en las distintas etnias después de la vacunación.

“Esa información nos ayudaría a diseñar y desarrollar mejores vacunas para cada persona y/o los grupos étnicos al aumentar su efectividad y reducir sus efectos adversos”, indicó.

¿Estamos caminando hacia la era de las vacunas personalizadas? Posiblemente, según respondió Poland. “Aunque no estoy diciendo que podremos lograrlo. Según el subgrupo de pertenencia, podríamos adaptar o individualizar el enfoque terapéutico”, concluyó.²



Estados Unidos, New York: Alertan sobre una rara infección de la piel provocada por mariscos y pescado en barrios chinos de la ciudad

5 de marzo de 2014 – Fuente: France Press

La alcaldía de New York alertó el 5 de marzo de 2014 de un brote de una rara infección de la piel en la ciudad, provocada por una bacteria y que afecta a quienes están en contacto con mariscos o pescados comprados en los barrios chinos de la ciudad.

“El Departamento de Salud anunció hoy que identificó un brote de una rara infección de piel en personas en contacto con peces, pescado crudo o mariscos comprados en mercados de los barrios chinos de Manhattan, Brooklyn o Queens”, indicó un comunicado.

“La infección es provocada por la bacteria *Mycobacterium marinum*, que entra en la piel a través de un corte o una herida”, precisó la alcaldía.

“Los síntomas de la infección incluyen una hinchazón de color rojizo bajo la piel de las manos y brazos, dolor en esas partes del cuerpo y dificultades para mover los dedos”, agregó.

Hasta el momento se detectaron 30 casos, según el Departamento de Salud de New York, que recomendó utilizar guantes a todos aquellos que están en contacto con pescado o mariscos procedentes de esos lugares.

Las personas afectadas deben ser medicadas rápidamente con antibióticos. De no ser tratados, el problema puede evolucionar en semanas y meses en una infección más seria que requiera una intervención quirúrgica.

La infección no se transmite comiendo pescado o mariscos que tengan esa bacteria ni se contagia de persona a persona.

El barrio chino de Manhattan, ubicado en el sur de la ciudad, al lado de Little Italy, tiene actualmente unos 100.000 habitantes y es visitado a diario por miles de turistas. Es uno de los seis que tiene la ciudad de New York.³



² Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

³ *Mycobacterium marinum* es una micobacteria atípica de crecimiento rápido que produce infecciones cutáneas y de partes blandas. Provoca infecciones en el hombre y los peces, siendo su hábitat natural el agua, tanto dulce como salada.

El primer caso de infección por *M. marinum* fue descrito en 1951 en sujetos que se bañaban en piscinas contaminadas. *M. marinum* sólo es patógeno en piel erosionada, por lo que esta infección también ha sido descrita en personas que manipulan peces tropicales de acuarios, en pescadores y en amas de casa con heridas causadas por las espinas de pescado congelado.

Puede presentar distintas formas clínicas. La más frecuente es la nodular, conocida como ‘granuloma de las piscinas’ o ‘granuloma de los acuarios’. Tras un período de incubación de 2 a 3 semanas, aparece en el punto de inoculación una lesión papulonodular congestiva que puede ulcerarse o hacerse verrugosa. Otras veces, se observan formas esporotricoides con lesiones nodulares subcutáneas siguiendo un trayecto linfático, y en ocasiones, afectan estructuras subyacentes como articulaciones o huesos, desarrollándose artritis séptica, osteomielitis o tenosinovitis. En pacientes inmunocomprometidos o en tratamiento crónico con corticoides puede aparecer la forma diseminada.

El diagnóstico de esta infección cutánea suele ser tardío por la falta de sospecha del mismo. Es fundamental realizar una historia clínica detallada, buscando el antecedente de contacto con agua o peces, principal reservorio de *M. marinum*. No obstante, el diagnóstico definitivo requiere biopsia cutánea, y el consiguiente estudio microbiológico para confirmar la existencia del microorganismo.

Habitualmente para el tratamiento de las infecciones por *M. marinum* se han utilizado diferentes antibióticos. Los más usados son las tetraciclinas, tales como doxiciclina o minociclina en dosis de 200 mg/día durante dos meses. También han sido utilizados la rifampicina asociada o no con etambutol, y el cotrimoxazol. Otros antibióticos utilizados son las quinolonas y los macrólidos, que algunos consideran como un tratamiento alternativo eficaz.

En ocasiones se han descrito casos de remisión espontánea tras 1-2 años dejando una cicatriz residual. En casos complicados con resistencia al tratamiento médico, puede ser necesario recurrir al tratamiento quirúrgico.

La infección por *M. marinum* debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de otras diferentes infecciones cutáneas –como infecciones producidas por micobacterias atípicas, la tuberculosis verrugosa, la esporotricosis o la leishmaniosis– para poder establecer un diagnóstico y tratamiento precoz y evitar así posibles complicaciones.

Guyana: Disminuyen los casos de malaria

2 de marzo de 2014 – Fuente: Government Information Agency (Guyana)

En Guyana, los esfuerzos para combatir la malaria, impulsados por los Servicios de Control de Vectores (VCS) del Ministerio de Salud, siguen dando frutos. Según las últimas cifras de 2013, el país logró una reducción de 15% en el número de casos de malaria. De 31.602 casos notificados en 2012 se redujeron a 23.498 casos en 2013. Los VCS está empleando múltiples intervenciones, pero el foco principal sigue siendo, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar muertes.

Diagnóstico precoz y tratamientos rápidos

Las localidades del interior, principalmente de las regiones 1, 7, 8 y 9, siguen siendo los más vulnerables a la enfermedad. Dentro de estas regiones, las condiciones climáticas y otras características favorecen la transmisión, la cual también puede producirse cuando personas con baja inmunidad se desplazan hacia las áreas endémicas, por ejemplo para buscar trabajo, y son negligentes en la adopción de medidas de protección, tales como dormir bajo mosquiteros y el uso de repelentes de insectos.

Los VCS concentran la mayor parte de sus esfuerzos en estas regiones. En 2013 llevaron a cabo visitas de campo que incluían aldeas enteras y campamentos mineros y madereros.

Al ingresar a estas regiones afectadas de malaria, los trabajadores de la salud en primer lugar observan los indicadores de la enfermedad. Luego llevan a cabo exámenes de sangre masivos para malaria o, en función de su evaluación de la situación, realizan un estudio de casos febriles, para luego determinar si a las personas con fiebre se les realizará un análisis para malaria. Todos los exámenes de sangre se realizan *in situ* y las personas con diagnóstico de malaria se tratan inmediatamente.

Control de larvas

Los VCS están empleando el método de control con niebla química en estas comunidades para combatir los brotes de la enfermedad. Zonas enteras son fumigadas, y lo más importante, también son tratados los lugares donde el agua estancada puede convertirse en potenciales criaderos de mosquitos.

Los VCS también realizan la fumigación residual de interiores (IRS) en casas o edificios, para eliminar a los mosquitos adultos. La IRS es efectiva durante tres a seis meses, dependiendo del insecticida utilizado, y del tipo de superficie sobre la que se fumiga.

Educación

Además de la fumigación, la concienciación como medio para reducir al mínimo la propagación de la malaria se sigue utilizando. Con este fin, durante las visitas de campo, los equipos de los VCS distribuyen materiales de información, educación y comunicación (IEC) en forma de folletos, carteles, CDs y DVDs a los residentes y los mineros.



Uno de los mosquiteros tratados químicamente distribuidos por los Servicios de Control de Vectores.

Mosquiteros

Una de las mayores intervenciones de las VCS ha sido la distribución de mosquiteros a las regiones endémicas de malaria. En 2013, los VCS distribuyeron más de 42.000 de estos mosquiteros tratados con insecticida para su uso en camas y hamacas.

Tratamiento

Hay tres tipos diferentes de parásitos que causan malaria en Guyana: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax* y *P. malaria*. Más de 50% de los casos de malaria en Guyana son de la forma más grave, por *P. falciparum*.

El medicamento número uno contra la malaria de Guyana, para el tratamiento de *P. falciparum* es Coartem®, un medicamento que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda y que está certificado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS.) Coartem® es un fármaco combinado de elevado precio, pero muy eficaz. Es importante destacar que es distribuido gratuitamente por el Ministerio de Salud, y si se utiliza correctamente puede curar a una persona infectada.

Una de las principales razones por la que las personas mueren de malaria por *P. falciparum* en Guyana es la negligencia. Las personas que utilizan la tableta de Coartem® a veces no respetan las normas de uso que indican los médicos en cuanto a dosis y duración del tratamiento, con el resultado de una recaída y el subsecuente deterioro de la salud de la persona afectada.

También ocurre que muchas personas diagnosticadas con la enfermedad usan medicamentos no recetados por el Ministerio de Salud. Se trata de medicamentos de los que no se conoce su eficacia y, por lo tanto, no puede proporcionar la protección necesaria contra la malaria.



Personal de los Servicios de Control de Vectores en Jawalla, Región 7.

La malaria es 100% curable

Con el tratamiento adecuado, los síntomas de la malaria por lo general desaparecen rápidamente, en un plazo de dos semanas. Sin el tratamiento adecuado, sin embargo, los episodios de malaria (fiebre, escalofríos, sudoración) pueden regresar periódicamente durante años. Después de una exposición repetida, los pacientes se vuelven parcialmente inmunes y desarrollan formas más leves de la enfermedad.

La única manera de protegerse para no contraer la malaria es evitar las picaduras de mosquitos mediante el uso de pantalones largos, mangas largas y medias. Los mosquitos son menos atraídos por las ropas de colores claros. También debe usarse siempre repelente para insectos y mosquiteros.

Impacto

La mayor parte de las instituciones en Guyana, si no todas, están registrando menos casos de malaria, así el trabajo de campo de los VCS disminuye a medida que se continúa interrumpiendo el ciclo de la malaria en el país.

La cantidad de frotis de sangre realizados por los VCS sigue siendo elevado, pero en términos de resultados, hay menos casos positivos.

Los VCS intensificarán su accionar en 2014 y planifican distribuir 52.000 mosquiteros. Además, trabajarán con la OPS en la realización de un estudio sobre la eficacia del ejercicio de distribución de mosquiteros.

Este año los VCS llevarán a cabo un estudio de eficacia de los medicamentos para asegurarse de que no hay una resistencia generalizada en Guyana a los medicamentos contra la malaria que se están utilizando, y también incrementarán su colaboración con las regiones para fortalecer la prestación del tratamiento contra la malaria en las regiones.



Análisis de sangre llevado a cabo durante un ejercicio de campo.

LA PRENSA **Nicaragua, León: Brote de hepatitis en un colegio**

6 de marzo de 2014 – Fuente: La Prensa (Nicaragua)

En el colegio Nuevos Horizontes, ubicado a 12 km al este de León, en la comunidad Las Brisas, sector Chacraseca, se han reportado desde diciembre hasta la fecha más de 15 casos de hepatitis. Siete de estos se han registrado en los últimos siete días.

María Berlín Aráuz, directora de ese centro escolar de primaria y secundaria, dijo que se han tomado las medidas necesarias con los niños que presentan esa enfermedad.

“Hemos tenido encuentros con el Ministerio de Salud y los padres de familia para hacer una limpieza en todo el centro escolar. Realmente era una preocupación con esa enfermedad, ahora tenemos siete niños, algunos están internados y otros están en sus casas, pero ninguno está asistiendo a clase”, dijo Aráuz.

La hepatitis fue detectada en el centro de salud de la comunidad, después que los niños presentaban fiebre, dolor de estómago y vómitos.

Según una habitante de la comunidad Las Brisas, el primer caso se registró en diciembre, luego se han incrementado en enero, febrero y ahora en marzo.

Las edades de los niños afectados oscilan entre 5 y 10 años y son estudiantes de preescolar, tercer nivel, segundo grado, tercer grado, cuarto grado, sexto y séptimo grado.

Iris Pamelas Flores, directora del Centro de Salud ‘Sagrado Corazón de Jesús’, confirmó los casos, pero no brindó detalles sobre la cantidad de afectados o las medidas tomadas.

Este centro escolar cuenta con 134 estudiantes de preescolar, primaria y secundaria. Las autoridades informaron que las clases no se han suspendido.



El mundo



Bangladesh inició una campaña masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola

18 de febrero de 2014 – Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Sajib tiene 13 años. Está en séptimo grado en la escuela secundaria Buruha, en el distrito de Tangail, Bangladesh. Hace un par de semanas, cuando iba en bicicleta y pasó por el centro de la inmunización Charpara, vio la pancarta y se detuvo. No había podido vacunarse contra el sarampión y la rubéola cuando las administraron en su escuela, porque estuvo ausente.

Después de recibir la vacuna, Sajib fue a su casa y envió a sus hermanos menores y a su hermana a que les vacunarán.



Niños haciendo fila para recibir las vacunas.

Una campaña masiva en marcha

Sajib y sus hermanos participaron en una campaña masiva de vacunación contra el sarampión y la rubéola, que lleva en marcha desde el 25 de enero para proteger a los niños vulnerables de Bangladesh. Se prevé que la campaña alcance a 52 millones de niños de 9 meses a 15 años.

La campaña es uno de los mayores esfuerzos de movilización de salud pública jamás organizado en Bangladesh. Ha involucrado a miles de vacunadores y voluntarios, y abarcará más de 170.000 escuelas y 150.000 centros de vacunación en un período de tres semanas.

Interés en todos los niveles

Desde el comienzo, la campaña ha despertado un enorme interés entre las autoridades escolares, así como entre los padres y madres.

“Estamos recibiendo una gran respuesta –dice el Dr. Purabi Ahmed, director de proyectos en el Proyecto de Provisión de Servicios de Salud Primaria Urbana–. La gente de todas las clases sociales viene a vacunar a sus hijos en nuestros centros”.

“Como no todos los niños asisten a la escuela, la última parte de la campaña se centra en vacunar a los niños en sus comunidades a través del programa de vacunación de la comunidad”, añade.

Como parte de esta campaña comunitaria se han establecido centros de vacunación en zonas remotas, incluyendo zonas *char* (islas en el río) en todo el país. Para llegar a los niños nómadas, se han establecido centros de vacunación en autobús, tren y terminales de ferry.

Los vacunadores capacitados tienen la posibilidad de rastrear a los niños para ponerlos a cargo del programa de vacunación contra el sarampión y la rubéola.

Los niños que se perdieron la vacunación en la escuela, como Sajib, son también un objetivo del programa. “Mandamos mensajes a las escuelas cercanas para que envíen a los estudiantes que no recibieron la vacuna durante la campaña realizada en las escuelas”, explica Momenur Rahman, asistente de salud.

Rahman señala que la confianza del público en las campañas de inmunización contra la poliomielitis en el país está ayudando a que el gobierno haya decidido poner en marcha la mayor campaña de vacunación contra el sarampión y la rubéola realizada nunca en el país.

Las comunidades prestan su apoyo

De hecho, la gente en las comunidades rurales se ha unido en favor de la campaña, ya que su mayor interés es ver a los niños con buena salud. Abdul Jabbar Hazi, un propietario de 90 años de edad de Charpara, abrió su casa para que la utilicen como lugar de inmunización. De hecho, desde 1985 ha permitido que utilicen su casa para ayudar a implementar los programas de vacunación.

Mosammat Asma Khatun, un estudiante de quinto grado en la escuela Kakoli en Mahmudnagar, se ha mostrado como un activo promotor de la vacuna. “Después de recibir la vacuna, volví a la escuela durante la hora de cierre para comprobar que ninguno de mis amigos se hubiera quedado sin ella”, dice.

Bangladesh ha demostrado un alto compromiso político para erradicar la poliomielitis. El país también ha hecho notables progresos en la eliminación del tétanos neonatal y en la lucha contra el sarampión.

Según Pascal Villeneuve, representante del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “la inmunización desempeña un papel crítico en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantiles. Dados el compromiso y la determinación mostrados por el gobierno y sus aliados, estamos seguros de que este esfuerzo trascendental supondrá una contribución significativa y sostenida para la supervivencia infantil en Bangladesh”.



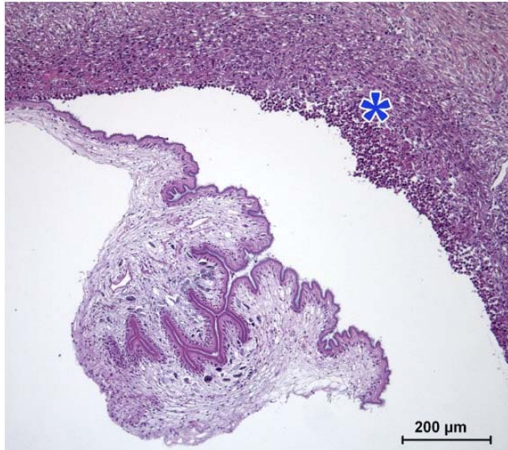
CRSA
Centre de Recerca en Sanitat Animal

Europa: Lanzamiento de una red europea contra la teniosis/cisticercosis

21 de enero de 2014 – Fuente: Centre de Recerca en Sanitat Animal (España)

Los investigadores del Centre de Recerca en Sanitat Animal (CRSA), Dr. Jordi Casal y Dr. Alberto Allepuz, forman parte de la red europea contra la teniosis/cisticercosis (European network on taeniosis/cisticercosis, COST TD1302), junto con los investigadores del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Dra. Teresa Garate y Dra. Maria J. Perteguer Prieto.

Taenia solium (tenia del cerdo) y *T. saginata* (tenia del vacuno) son parásitos zoonóticos trascendentes en la salud pública, con gran impacto económico para los sectores de la salud y producción de carne de cerdo y vacuna, dentro y fuera de la Unión Europea (UE). La colaboración intraeuropea es esencial para detener el desarrollo de estas enfermedades en la UE.



Microfotografía de una tinción hematoxilina-eosina de *Cysticercus bovis*, el estado larvario de *Taenia saginata*.

La red tiene la intención de desarrollar herramientas innovadoras de diagnóstico y de control rentables, evaluar el grado de extensión de la enfermedad y su impacto económico, así como desarrollar procedimientos armonizados de comunicación y gestión. A pesar del incremento en los esfuerzos de investigación, todavía existen lagunas importantes. En más de un tercio de los estados miembro faltan datos sobre la ocurrencia de cisticercosis y teniosis porcinas/bovinas/humanas. Sigue habiendo muchas preguntas sobre la dinámica de transmisión, el desarrollo/curso de la infección y sus manifestaciones clínicas. Un conocimiento mayor de las interacciones portador-parásito creará oportunidades para nuevos objetivos de diagnóstico y candidatos a vacunas.

La red, fundada por COST Action (cooperación europea en ciencia y tecnología), arrancó el 26 de noviembre de 2013 y tendrá cuatro años de duración. La coordinará el Institute of Tropical Medicine (ITM), sito en Antwerpen (Bélgica), y cuenta con la participación de 18 países: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Francia, Gran Bretaña, Grecia, Italia, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, Serbia, Suecia, Suiza, y Antigua República Yugoslava de Macedonia.



Grecia: Aumenta a 79 el número de muertos por influenza A(H1N1) y se esperan más casos

6 de marzo de 2014 – Fuente: Xinhua

El brote de influenza en Grecia alcanzó el alarmante nivel de 79 víctimas mortales este invierno, según las últimas cifras dadas a conocer hoy.

En las últimas 24 horas, cinco pacientes diagnosticados con la cepa A(H1N1) de la influenza murieron a causa de complicaciones, informaron autoridades de salud.

De acuerdo con expertos del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (ΚΕΕΛΠΝΟ) de Grecia, la mayoría de las víctimas padecían enfermedades subyacentes, además de que no habían sido vacunados.

Sólo una tercera parte de los griegos que pertenecen a los grupos de alto riesgo han sido inmunizados este año, según estimaciones. La falta de fondos en el sistema de salud y la imposibilidad de la gente para pagar vacunas contra la influenza los han expuesto a esta enfermedad.

El ΚΕΕΛΠΝΟ anunció que 217 personas con influenza han sido hospitalizadas este año, de las cuales 49 se encuentran actualmente bajo observación en las unidades de cuidados intensivos.

Grecia registró el año pasado un total de 49 víctimas relacionadas con la influenza.

Los expertos expresaron su temor en cuanto a que el número de muertos podría superar las 100 víctimas al final de la temporada de influenza en Grecia, la cual se espera que termine en abril.

Los expertos recomendaron en particular a las personas de los grupos de alto riesgo, como ancianos y menores de edad, que se vacunen y reciban medicamentos contra la influenza sin demora cuando aparezcan los primeros síntomas de la enfermedad.



India: La tuberculosis es cada vez más resistente

5 de marzo de 2014 – Fuente: Inter Press Service

Joba Hemron, una mujer de 50 años, rezó mucho tiempo para que su tos se fuera. En 2011 se le diagnosticó tuberculosis e inició un tratamiento breve bajo observación directa en una clínica pública del distrito de Bongaigaon, en el nororiental estado indio de Assam.

Sin embargo, pronto se le hizo imposible tomar todas las dosis de medicamentos que necesitaba. "Mis hijos trabajan en el campo, y yo estaba demasiado débil para ir por mi cuenta a buscar las pastillas", dijo. Entonces acudió a una clínica privada, esperando que allí le dieran todas las medicinas de una sola vez. Pero eran muy caras, y por tanto no pudo concluir el tratamiento.

Tres años después, y luego de haber sido atendida por cinco médicos diferentes, sigue perdiendo peso. "Tomé todas las medicinas que consideraba convenientes, pero solo empeoraba", señaló. Su familia vendió una cabra y con el dinero ella pudo viajar a Guwahati, la capital del estado.

Entonces se le diagnosticó tuberculosis polifarmacorresistente (TB-MDR). "No sé lo que significa, nadie me explica nada. ¿Llegaré a sentirme bien?", preguntó mientras su cuerpo se sacudía con la tos.

Como Hemron, muchos indios se vuelven cada vez más resistentes a las medicinas debido a la imprecisión de los diagnósticos médicos y a las interrupciones de los tratamientos.



Un paciente de TB-MDR en una clínica de Médicos sin Fronteras en Manipur, en el noreste de India.

Expertos señalan que la resistencia a los fármacos es una enfermedad iatrogénica, es decir, una alteración del estado del paciente por una mala administración médica.

La resistencia a los fármacos contra la tuberculosis se puede desarrollar apenas se contrae la enfermedad como en el curso del tratamiento. India registró el mayor aumento de TB-MDR mundial en 2012, con unos 64.000 casos estimados.

El Estado indio brinda tratamiento gratuito a través del Programa Revisado Nacional de Control de la Tuberculosis, que beneficia a 1,5 millones de pacientes.

La tuberculosis sigue siendo la infección con mayor mortalidad en el país, con dos fallecimientos cada tres minutos. Más de una cuarta parte de todos los casos mundiales de la enfermedad ocurren aquí.

Pero Ramanan Laxminarayan, vicepresidente de la Fundación de Salud Pública de India, cree que el programa se encuentra "estancado en la década de 1990". Todavía no emplea todas las herramientas disponibles contra la enfermedad y no logra involucrar al sector privado, criticó.

"Cada caso de TB-MDR puede ser 20 veces más caro de tratar que cualquier cepa sensible y causar muchos más inconvenientes, dolor y sufrimiento para el paciente", advirtió.

A pesar de tomar medicinas con regularidad, algunos pacientes se vuelven resistentes a fármacos de primera línea. En Mumbai, los médicos del Hospital Hinduja dijeron haber identificado personas "totalmente resistentes a los medicamentos" y que no respondían a ninguno de ellos. Pero el gobierno indio negó esta información.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), unas 450.000 personas contrajeron tuberculosis resistente a los medicamentos en 2012. Cerca de la mitad se encuentran en India, China y Rusia. Ese año hubo 170.000 muertes a causa de la enfermedad en todo el mundo.

Madhukar Pai, director adjunto del McGill International TB Centre, organización de investigación ubicada en el Centro de Salud de Montreal, Canadá, explicó que los servicios indios de salud públicos o privados no ofrecen una atención de calidad contra la tuberculosis.

El experto señaló que son comunes los regímenes de medicamentos errados, los fármacos de mala calidad, la escasa vigilancia al cumplimiento del tratamiento y el uso inadecuado de los exámenes de sensibilidad a las drogas. Todo esto puede causar TB-MDR o incluso tuberculosis extremadamente farmacorresistente (TB-XDR).

El tratamiento de la TB-MDR es muy caro, y por lo general dura hasta dos años. El acceso a los dos nuevos fármacos para combatirlo, el bedaquiline y el delamanid, sigue siendo limitado. En India solo están disponibles a través de programas de asistencia.

"La mayoría de los pacientes acuden al sector privado, pero algunos abandonan el tratamiento debido a su alto costo. Cuando llegan a los hospitales públicos, infectan a muchos más, y eso también desarrolla formas graves de resistencia a los medicamentos", explicó Pai.

"En el sector privado son muy comunes las recetas irracionales. Los médicos hacen sus propias combinaciones de medicamentos –señaló–. Esto es desastroso. Y cada vez que el paciente va de un médico a otro, estos prueban diferentes combinaciones de medicinas, agravando la resistencia a los fármacos".

Por otra parte, se estima que alrededor de 10% de los medicamentos en India son falsificados, lo que complica aun más el tratamiento. Los exámenes de resistencia a los fármacos son muy limitados en el sector público. "Se utiliza un tratamiento empírico", dijo Pai, y no basado en un perfil del paciente sobre su susceptibilidad a las drogas.

La solución no es "meramente tecnológica", apuntó por su parte Mike Frick, del Treatment Action Group, centro de investigación con sede en Estados Unidos.

Nuevas máquinas de diagnósticos, como GeneXpert, pueden descubrir más casos de resistencia a los fármacos pero "no resuelve las fallas del sistema de salud para dar a los pacientes el más alto nivel de atención que merecen", dijo Frick.

"India tampoco ofrece apoyo psicosocial y económico a sus pacientes", señaló.

En todo el mundo, la financiación a las investigaciones sobre la tuberculosis ha disminuido. Los gobiernos recortaron sus presupuestos y las empresas farmacéuticas Pfizer y AstraZeneca abandonaron sus investigaciones para el desarrollo de antiinfecciosos, lo que dificulta el acceso a mejores medicamentos, diagnósticos y vacunas.

Esto "reduce nuestras posibilidades de reemplazar los medicamentos tóxicos en el actual régimen contra la TB-MDR con fármacos nuevos y más seguros, que pueden ser mejor tolerados por los pacientes", dijo Frick.

En 2013 hubo numerosos informes de que se estaban agotando las medicinas en India. Pese a que el gobierno lo desmintió, muchos pacientes debieron suspender sus tratamientos y otros fueron rechazados de las clínicas. Cuando un tratamiento queda inconcluso, se abre la puerta al desarrollo de la resistencia.

"La cruel ironía es que, aun cuando los fabricantes indios de genéricos continuaron produciendo muchos de los fármacos contra la tuberculosis de los que dependen pacientes en otros países, el gobierno no pudo asegurar la disponibilidad para su propio pueblo", añadió Frick.

La tuberculosis es una enfermedad oportunista, y aquellos que viven con VIH son más vulnerables.

Daniel, quien pidió solo usar su nombre de pila para este artículo, es VIH positivo. Hace seis meses le diagnosticaron TB-MDR. "Las medicinas son muy fuertes, me quitan todas las fuerzas", dijo.

Se vio obligado a acudir a un hospital público debido al costo exorbitante de los medicamentos. "Pero allí hay largas esperas, y todos terminan conociendo tu caso. Eso solo contribuye al estigma", lamentó.

5 de marzo de 2014 – Fuente: 21th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections

¿Qué probabilidades hay de que una persona con una carga viral indetectable transmita el VIH a una pareja sexual? “Nuestra mejor estimación es que esa probabilidad es cero”, afirmó el equipo de investigadores que presentaron los resultados de los dos primeros años del estudio PARTNER, en el que participan parejas donde un miembro tiene VIH y el otro no.

Los resultados finales del estudio se esperan para 2017, pero, hasta la fecha no se ha registrado ningún caso de transmisión cuando el miembro de la pareja con VIH tenía la carga viral indetectable.

Hasta el momento, el estudio PARTNER, aun en curso, ha inscrito a 1.110 parejas cuyos miembros tenían estados serológicos diferentes al VIH, y casi 40% fueron parejas gays.

Estos hallazgos se suman a los del estudio HTPN 052, que registró un descenso de 96% en el riesgo de transmisión del VIH cuando el miembro de la pareja con VIH iniciaba el tratamiento de forma precoz. En dicho estudio participaron principalmente parejas heterosexuales.

Durante el periodo de seguimiento del estudio PARTNER, todos los miembros sin VIH de las parejas heterosexuales declararon haber mantenido relaciones sexuales vaginales sin preservativo, 72% con eyaculación. Por su parte, 70% de los hombres sin VIH de las parejas homosexuales declararon haber mantenido relaciones sexuales anales receptivas sin preservativo (40% con eyaculación), y 30% declaró haber sido siempre el miembro insertivo de la pareja. Una proporción significativa de las parejas heterosexuales también declaró haber practicado sexo anal.

El equipo de investigadores determinó que las parejas gays mantuvieron relaciones sexuales en 16.400 ocasiones, mientras que las heterosexuales lo hicieron 14.000 veces.

No se registró ningún caso de transmisión del VIH cuando la carga viral estuvo por debajo de 200 copias/mL.

El análisis estadístico demostró que tener una carga viral indetectable redujo el riesgo de transmisión del VIH en 99,5% durante las relaciones sexuales vaginales, y en 99% en el caso de las relaciones sexuales anales (en 96% si se produjo una eyaculación).

Sin embargo, el equipo de investigadores cree que es probable que la verdadera eficacia del tratamiento como prevención se encuentre más próxima a 100%, aunque, tal y como señaló el investigador principal del estudio, probablemente nunca será posible demostrar con certeza matemática que el riesgo de transmisión sea absolutamente nulo cuando la persona con VIH toma una terapia eficaz.⁴

Journal of Virology Desarrollan un prototipo de vacuna contra la fiebre chikungunya

3 de marzo de 2014 – Fuente: *Journal of Virology*

Un equipo de investigadores liderado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España ha desarrollado un prototipo de vacuna contra la fiebre chikungunya, una forma relativamente rara de fiebre viral.

Según los resultados obtenidos, este candidato a vacuna protege completamente contra este virus, que desde 2004 ha infectado a millones de personas en África y Asia.

El prototipo, MVA-CHIKV, se basa en una versión atenuada del virus vaccinia Ankara modificado (MVA) en cuya secuencia genética se han insertado cinco genes del virus Chikungunya.

Según los estudios realizados en animales y en sangre de donantes sanos, MVA-CHIKV activa una buena respuesta innata en células humanas dendríticas y en macrófagos. Además, activa en ratones una población de linfocitos T que atacan específicamente a este virus.

“También hemos detectado en sangre unos niveles significativos de anticuerpos neutralizantes dirigidos contra el causante de estas fiebres. Es la primera vez que se consigue un candidato vacunal con amplias propiedades inmunológicas relevantes en protección”, indica Mariano Esteban, investigador del Centro Nacional de Biotecnología.

La fiebre chikungunya, de síntomas parecidos a los de la malaria o el dengue, llega a causar fiebre alta, fuertes dolores articulares, desórdenes cerebrales, trastornos neuronales e, incluso, puede provocar la muerte.

Aunque inicialmente afectaba a la zona del Océano Índico, desde que se produjo una mutación que le permite transmitirse por el mosquito *Aedes albopictus*, ha llegado hasta las costas mediterráneas y el Caribe, alcanzando la categoría de epidemia. La Organización Mundial de la Salud la considera ya una enfermedad emergente.

El resurgimiento de un virus

Desde que reemergió en 2004, el virus ha infectado a millones de personas en África y Asia, por lo que los científicos trabajan en dar con una vacuna para evitar la enfermedad y su extensión global. Aunque se han desarrollado distintos prototipos vacunales, no se ha aprobado aún ninguna ni existen, de momento, tratamientos antivirales.



⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

“Estos prometedores resultados se han obtenido inyectando tan solo una vez la vacuna, por lo que este prototipo vacunal es, de momento, candidato para luchar contra la enfermedad. En los países donde este virus es endémico, sería preferible que solo hubiera que aplicar una o dos dosis y así prevenir la extensión de la epidemia”, destaca Esteban.⁵

Homenaje

Aniversario del nacimiento del Dr. Ramón Carillo

Santiago del Estero, 7 de marzo de 1906 – Belem do Pará, 20 de diciembre de 1956

Es probable que la disolución de los paradigmas ciudadanos, que nuestra sociedad construyó durante un siglo y medio, sea una de las pérdidas más grandes que hemos sufrido los argentinos en los últimos cincuenta años.

Nuestros grandes historiadores habían ayudado a construirlos. Toda nuestra educación de entonces ponía énfasis en difundir esas vidas y conductas, asumiendo que la exaltación de las mismas y de sus virtudes era formadora de las nuevas generaciones. Luego, los revisionistas pueriles de la historia se dedicaron a la destrucción de esos modelos que “la historia oficial”, según su mirada nihilista, había acuñado a lo largo de las décadas.

Manuel Belgrano sostenía, ya en su época: “Honrar la virtud cívica es educar a los pueblos”. ¿Qué quería decir con esto? Claramente, que era responsabilidad del gobernante exaltar las conductas paradigmáticas, para establecer los modelos sociales a los que el resto de los ciudadanos pudiera anhelar parecerse.

Todo un ejemplo paradigmático es, en el campo de las ciencias médicas, uno de nuestros héroes civiles del siglo XX: el doctor Ramón Carrillo. Pero el revisionismo de pacotilla pretende, aún en nuestros días, desmadejar su figura. No es sencillo hacerlo cuando se trata de un hombre de esa escala, como humanista, científico, funcionario y docente.

¿Cómo evocar hoy la polifacética, riquísima personalidad de Ramón Carrillo? Santiagueño de alma, fue una inteligencia descollante puesta durante toda su vida al servicio de sus compatriotas, particularmente los más carenciados, los más sufrientes. Nacido en 1906 en el seno de una familia afincada en Santiago del Estero un siglo antes, heredó de su madre el fervor por la fe católica y de su padre el ideario radical. No mucho más tenía para heredar. Con grandes esfuerzos fue a estudiar a Buenos Aires donde, brillantísimo alumno, recibió su diploma de médico con honores y medalla de oro. Carrillo fue un maestro de la neurocirugía argentina, reconocido y valorado en el mundo por su talento y su inagotable búsqueda científica. Podría haber tenido fama, éxito y dinero en el ejercicio privado de su profesión, pero eligió otra cosa.

En 1944 dirigió el Instituto Nacional de Neurocirugía y creó, organizó y presidió la Escuela de Postgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, con orientación a la medicina social y preventiva. Valorando el aporte de la Historia a todas las ramas de la ciencia, fundó la Sociedad Argentina de Historia de la Medicina.

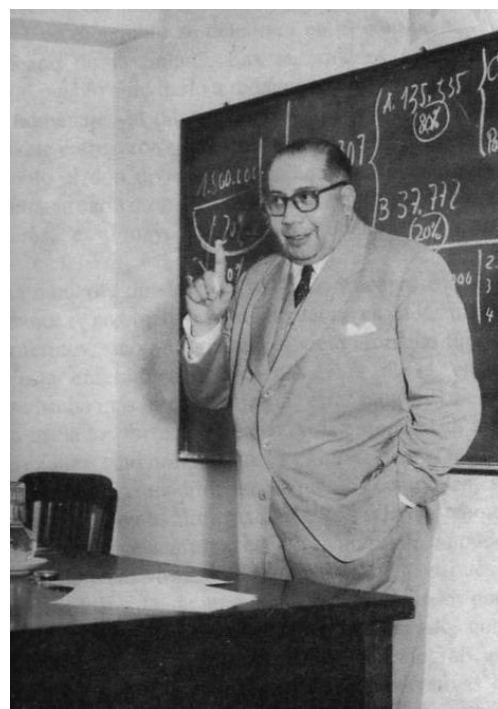
El flamante gobierno de Juan Domingo Perón le ofreció, en 1946, el Ministerio de Educación. Declinó el ofrecimiento, pero propuso la creación del Ministerio de Salud Pública, cuyo único antecedente era, a la fecha, el Departamento Nacional de Higiene. Allí fue designado, para luego asumir la Secretaría de Salud Pública, el 1 de junio de 1946, al ser creada ésta sobre la base del antiguo Departamento Nacional. Finalmente, al crearse por ley el Ministerio de Salud Pública de la Nación, en 1949, Carrillo se transformó en el primer ministro en la historia de esa cartera.

Abrazó la causa de la salud pública con fervor. Se dieron en ese tiempo transformaciones colosales, que permiten asegurar que casi toda la infraestructura de salud con la que el país cuenta hoy se debe a esa gestión, realizada en conjunto con la Fundación Eva Perón: en sólo ocho años, se construyeron 4.229 establecimientos sanitarios en todo el país. Esto amplió la capacidad hospitalaria en 130.180 camas. Jamás antes ni después la salud pública argentina recibió un impulso de esta magnitud.

La tasa de mortalidad infantil disminuyó claramente y la esperanza de vida al nacer aumentó de 61,7 años promedio a 66,5 en menos de una década. En 1947, inauguró el Instituto de Medicina Preventiva y su gestión editó el Plan Analítico de Salud Pública de la Nación. En 1949, publicó su obra Política Sanitaria Argentina, considerada – junto con Teoría del Hospital (1953)– un tratado de consulta, aún hoy, en todo el mundo.

Impulsó y creó la especialización de médicos higienistas, hoy sanitaristas. Innovador, creó en 1948 los centros de salud, e inauguró los primeros 50. Decía entonces: “El centro sanitario es un conjunto de consultorios polivalentes, con servicio social, visitadoras sanitarias y bioestadística, para captación de enfermos, reconocimiento de sanos y tratamientos ambulatorios, en tanto que la Ciudad Hospitalaria funciona siempre en correlación con uno o más centros sanitarios”.

Se erradicó por completo la malaria, y enfermedades como sífilis y tuberculosis disminuyeron a niveles equiparables a países más desarrollados. Los argentinos debemos saber que el Servicio Nacional de Salud británico, conside-



⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

rado ejemplo de un sistema universal y público, data de 1949. Ya para entonces el sistema público de salud argentino superaba al británico, tanto en recursos aplicados como en resultados obtenidos.

Frente a quienes lo negaban y aún hoy lo niegan, escribió con amargura: "Si yo desaparezo, queda mi obra y queda la verdad sobre el esfuerzo donde dejé mi vida". Aspiramos a que, en la necesaria restauración de los paradigmas que tanto necesita nuestra querida Argentina al comienzo del siglo XXI, los miles de jóvenes que abrazan cada año la vocación por la medicina quieran seguir su ejemplo. Carrillo nunca postuló al Premio Nobel de Medicina, pero por su obra gigantesca y la dimensión de su humanismo ilimitado, está merecidamente en el nivel de nuestros Nóbels. El doctor Ramón Carrillo recibe hoy el reconocimiento emocionado de sus conciudadanos.

Autor: Pedro M. Borio. Docente universitario, comunicador e historiador.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda aquella persona interesada en recibir este Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com, aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.