



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente  
Córdoba - Argentina

[www.reporteepidemiologico.com](http://www.reporteepidemiologico.com)



## Número 1.489

1 de diciembre 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 Fariás

#### 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

- La Provincia se actualizó en la prevención del dengue y la fiebre chikungunya

### Argentina

- Vigilancia de hantaviriosis

### América

- Bolivia: Primera muerte por dengue en lo que va del año

- Guatemala reporta las primeras dos muertes a causa del virus Chikungunya

- Haití: No hay camas suficientes para tratar a todos los pacientes con cólera

- Honduras, Yoro: Los tolupanes de Pueblo Nuevo vencen a la sequía y la desnutrición

- México, Yucatán: Alerta sanitaria por rabia por tercer año consecutivo

- Venezuela: Identifican por primera vez en el país una bacteria portadora del gen productor de la enzima NDM-1

### El mundo

- África Occidental: La OMS eleva a casi 7.000 el número de muertos por la enfermedad por el virus del Ébola

- España: Estimación de la cascada del tratamiento de la infección por VIH

- Gran Bretaña: El 70% del pollo que se vende en el país está contaminado con *Campylobacter*

- Siria, Dimashq: Reportan casos de miasis

- Tuberculosis: 20 años en estado de emergencia global

- Revelan grandes insuficiencias en relación con el agua y el saneamiento

### Adhieren:

**SLAMVI**

Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero

[www.slamviweb.org/](http://www.slamviweb.org/)

**CIRCULO  
MÉDICO DE  
CÓRDOBA**

[www.circulomedicocba.org/](http://www.circulomedicocba.org/)

**CMPC**  
Consejo de Médicos  
de la Provincia  
de Córdoba

[www.consejomedico.org.ar/](http://www.consejomedico.org.ar/)



Biblioteca de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de Córdoba

[www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/](http://www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/)

**S.A.D.I.**

[www.said.org.ar/](http://www.said.org.ar/)

**Comité Nacional de  
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría  
[www.sap.org.ar/](http://www.sap.org.ar/)



[www.apinfectologia.org/](http://www.apinfectologia.org/)

**Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica**

[www.sadip.net/](http://www.sadip.net/)

**Asociación  
Parasitológica  
Argentina**

[www.apargentina.org.ar/](http://www.apargentina.org.ar/)

## Córdoba



### La Provincia se actualizó en la prevención del dengue y la fiebre chikungunya

27 de noviembre de 2014 – Fuente: Ministerio de Salud – Provincia de Córdoba (Argentina)

La Jornada Provincial de Actualización de Dengue y Fiebre Chikungunya, organizada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, a través de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud, en forma conjunta con el Área de Epidemiología, se llevó a cabo el 26 de noviembre en el Centro Cultural Córdoba.

Se abordaron temas sobre la situación y la vigilancia epidemiológica del dengue y la fiebre chikungunya en la Provincia, el país y la Región de las Américas. Participaron especialistas destacados capacitando a los equipos de salud sobre diagnósticos, manejos clínicos y respuestas ante posibles brotes de estas enfermedades.

José Moya, consultor de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), destacó la importancia de "realizar este tipo de capacitaciones a los equipos de salud y poder compartir la experiencia de lo que viene siendo la epidemia de fiebre chikungunya en la región de las Américas".

El especialista explicó que el dengue es una enfermedad que está haciendo muchos años en la región de las Américas y que lo importante ahora es atender a la llegada de la fiebre chikungunya, que ya está afectando a todo el Caribe, Centroamérica y Sudamérica, especialmente Brasil, Colombia y Venezuela.

Con esta situación en Latinoamérica, Moya indicó que "la OMS trabaja desde hace varios meses en los ministerios de Salud en esta etapa previa a la llegada de la enfermedad para poder enfrentar esta epidemia que es nueva".

Respecto a la situación en la provincia de Córdoba, el representante de la OMS destacó que "ambas enfermedades son transmitidas por el mismo mosquito, *Aedes aegypti*, por lo que es fundamental hacer tareas de prevención en los hogares para eliminar cualquier criadero en viviendas o peri-domicilio, trabajando desde la cartera sanitaria – de manera intersectorial– con instituciones, escuelas y con la sociedad en general". Para el profesional, si se reduce la densidad de los mosquitos el impacto puede ser leve o menos intenso.

Si bien Argentina no ha tenido epidemia severa de dengue sino casos esporádicos, en la fiebre chikungunya "hemos podido ver una transmisión mucho más intensa, entonces las probabilidades de que llegue son bastante altas", sostuvo el especialista.

Respecto a la experiencia de compartir el trabajo realizado en Centroamérica, Moya afirmó: "Yo traigo la experiencia desde República Dominicana, donde he estado trabajando durante todo este año con el ministerio de Salud, con una epidemia que allá ha sido muy intensa. Es muy grato compartir esa experiencia a la red sanitaria de la provincia de Córdoba para conocer detalles de la enfermedad, mecanismos, síntomas, tratamientos y demás".

Por último, destacó que "Argentina tiene una larga historia de trabajo con instituciones fuertes y sólidas en el país y sin duda tendrá la capacidad y solidez de responder a estas posibles amenazas de epidemias con una estructura muy sólida en la provincia y en el país".

El encuentro, que se llevó a cabo en el Centro Cultural Córdoba de la ciudad, contó además con la presencia de reconocidos especialistas de las carteras sanitarias nacional y provincial.

#### Situación actual en la provincia

Entre los datos aportados durante la jornada, desde el Ministerio de Salud de la Provincia, se dieron a conocer los casos reportados de dengue y fiebre chikungunya en Córdoba.

Desde el 29 de diciembre de 2013 hasta el 23 de noviembre del corriente año, fueron notificados 136 casos de síndrome febril; todos ellos fueron sospechosos para dengue y sólo 17 fueron sospechosos para fiebre chikungunya.

Se confirmaron siete casos de dengue, cuatro autóctonos (sin antecedentes de viaje ni contacto con viajeros) y tres importados (dos con antecedentes de viaje a Venezuela y uno a República Dominicana). De los cuatro casos autóctonos, tres presentan relación de parentesco (madre e hijos).

Respecto de la fiebre chikungunya, se confirmaron cuatro casos importados, de los 17 sospechosos, dos con antecedentes de viaje a República Dominicana, uno a Venezuela y una nativa de Trinidad and Tobago. Además, un caso que se clasifica como probable, con antecedentes de viaje a República Dominicana, aguarda su confirmación diagnóstica por parte del Laboratorio Nacional de Referencia. También se descartaron siete casos y otros cinco continúan en estudio.



## Vigilancia de hantavirosis

19 de noviembre 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 41. Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.<sup>1</sup>

Provincia/Región	2013		2014	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	8	3
Buenos Aires	151	17	127	10
Córdoba	10	—	7	—
Entre Ríos	87	1	66	4
Santa Fe	286	6	216	3
<b>Centro</b>	<b>535</b>	<b>24</b>	<b>424</b>	<b>20</b>
Mendoza	—	—	1	—
San Juan	—	—	—	—
San Luis	3	—	5	1
<b>Cuyo</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>1</b>
Corrientes	4	—	2	—
Chaco	28	—	35	2
Formosa	—	—	3	—
Misiones	2	—	—	—
<b>NEA</b>	<b>34</b>	<b>—</b>	<b>40</b>	<b>2</b>
Catamarca	1	—	—	—
Jujuy	360	11	133	4
La Rioja	—	—	—	—
Salta	185	24	84	20
Santiago del Estero	1	—	1	—
Tucumán	2	—	1	—
<b>NOA</b>	<b>549</b>	<b>35</b>	<b>219</b>	<b>24</b>
Chubut	7	2	34	8
La Pampa	3	—	2	—
Neuquén	19	2	3	—
Río Negro	14	—	15	4
Santa Cruz	—	—	2	—
Tierra del Fuego	—	—	—	—
<b>Sur</b>	<b>43</b>	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>12</b>
<b>Total Argentina</b>	<b>1.164</b>	<b>63</b>	<b>745</b>	<b>59</b>

## Bolivia: Primera muerte por dengue en lo que va del año

27 de noviembre de 2014 – Fuente: Agencia Boliviana de Información (Bolivia)

Una mujer murió por dengue en el departamento amazónico de Beni, en el norte de Bolivia, informó hoy una fuente oficial.

La mujer, natural del municipio beniano de Loreto, falleció tras una semana en terapia intensiva en un hospital de Trinidad, la capital del departamento, indicó la alcaldesa de Loreto, Gaby Balcazar.

Esta es la primera muerte por dengue que se reporta en Bolivia en lo que va del año, ya que en la pasada temporada de lluvias no se informó de ningún fallecimiento a causa de esta enfermedad.

La temporada de lluvias tiene lugar en Bolivia entre octubre y marzo y es en esta época cuando prolifera el dengue debido a que la humedad y las aguas estancadas propician la multiplicación del mosquito que lo transmite.

Entre octubre de 2013 y mayo de este año se confirmaron en Bolivia 1.800 casos de dengue, pero ninguno de ellos fue mortal, según datos del Ministerio de Salud.<sup>2</sup>



<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados.

<sup>2</sup> El inicio de la temporada de lluvias en la región amazónica, conjuntamente con la inminencia del verano en el Hemisferio Sur, constituyen el nuevo ciclo de aumento de la transmisión del dengue y otras infecciones de comportamiento estacional. Es de esperar que las autoridades de salud en las áreas en mención tomen las acciones correspondientes para que las citadas condiciones no se salgan de control, siendo ello particularmente importante tratándose de una infección contra la cual no existen vacunas aun disponibles, ni tratamiento específico.



## Guatemala reporta las primeras dos muertes a causa del virus Chikungunya

27 de noviembre de 2014 – Fuente: EFE

El ministerio de Salud de Guatemala confirmó el 27 de noviembre las primeras dos muertes que se producen en el país centroamericano a causa del virus Chikungunya.

Luis Enrique Monterroso, ministro de Salud Pública y Asistencia Social, explicó que una de las víctimas es una recién nacida que murió en el departamento de Zacapa, 186 kilómetros al oeste de Guatemala.

La otra muerte a causa de la enfermedad fue reportada en el departamento sureño de Retalhuleu, aunque la víctima, de 55 años, también padecía de insuficiencia renal.

De acuerdo con la misma fuente, han sido confirmados oficialmente 161 casos desde que se detectó la enfermedad en diciembre pasado, aunque también se reportan otros 17.000 sospechosos no confirmados.

Las autoridades mantienen barridos sanitarios en todo el territorio para eliminar las chatarras que se convierten en los principales criaderos de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Ae. albopictus*, transmisores del virus, al almacenarse el agua de lluvia.

Según el Ministerio de Salud, las fumigaciones y eliminación de chatarra se han realizado principalmente en los departamentos de Escuintla y Suchitepéquez, donde han atendido a 28.918 y 17.566 viviendas, respectivamente.



## Haití: No hay camas suficientes para tratar a todos los pacientes con cólera

28 de noviembre de 2014 – Fuente: Médicos sin Fronteras

Desde mediados de octubre, más de 2.000 personas con síntomas de cólera han necesitado ser hospitalizadas de urgencia en Port-au-Prince, Haití.

A pesar de que la mayoría de la población del país sigue expuesta al cólera debido a la falta de acceso al agua potable y a letrinas, la capacidad para tratar a los afectados por esta enfermedad sigue siendo insuficiente. Médicos Sin Fronteras (MSF) reforzó rápidamente su respuesta al cólera aportando cerca de 320 nuevas camas para hospitalizar a los pacientes.



Cuatro años después de la aparición del cólera, el sistema de salud de Haití todavía se enfrenta a la escasez de financiación, de recursos humanos y de medicamentos. Este hecho demuestra la falta de preparación de las autoridades ante epidemias que ya son de sobra conocidas y previsibles. “A pesar de que existe un Plan Nacional para la Erradicación del Cólera, los enfermos acuden a nosotros en estado crítico, ya que no hay ningún centro que se haga cargo de los casos urgentes”, se lamenta Oliver Schulz, coordinador general de MSF en Haití.

Casi un centenar de pacientes llega cada día al centro de urgencias de MSF en Martissant, Port-au-Prince. “Hemos tratado de derivar a los pacientes a otros centros de tratamiento de cólera, pero pronto nos dimos cuenta de que no había suficientes camas. Nos vimos rápidamente sobrepasados debido al gran número de pacientes que llegaron a nosotros. Esto se debe a que las estructuras de salud de este país están muy poco preparadas para reaccionar ante los brotes de cólera, a pesar de que durante la época de lluvias éstos son bastante previsibles”, explica Olivia Gayraud, coordinadora médica de MSF en Haití.

Con la aparición de los primeros casos, los equipos de MSF no tardaron en establecer dos centros de tratamiento del cólera en los barrios de Martissant y Delmas 33. El Ministerio de Salud también habilitó estructuras, pero pronto dejaron de funcionar debido a la falta de financiación. Posteriormente, MSF también prestó apoyo a algunos de esos centros, donde ha tratado aproximadamente a 2.000 pacientes desde el pasado 10 de octubre.

Muchos de los enfermos provienen de zonas donde el acceso al agua potable es casi inexistente y donde el saneamiento es muy deficiente. “Los barrios más pobres proporcionan un entorno favorable para el desarrollo de la bacteria *Vibrio cholerae*, porque no disponen de agua corriente ni de sistemas de desagüe o alcantarillado”, explica Olivia Gayraud. Una vez que una persona se infecta a través del agua o de los alimentos, la propagación de la enfermedad se incrementa a causa de prácticas de higiene inadecuadas, la falta de letrinas y a un sistema de saneamiento de agua ineficaz. Por lo tanto, es crucial mejorar las medidas de higiene y sensibilizar a la población para eliminar la enfermedad.

En Haití, la epidemia de cólera es particularmente grave durante la temporada de lluvias. Durante los últimos años la población ha ido perdiendo lentamente su inmunidad a la enfermedad, y en comparación con el mismo período del año 2013, el número de casos atendidos este año por MSF casi se ha duplicado.

La falta de infraestructuras sanitarias y la ausencia de medidas de saneamiento de agua adecuadas hacen que la epidemia se agrave. “No podremos erradicar el cólera si no tomamos medidas drásticas para prevenir y tratar esta enfermedad. Es necesario asegurar que el nivel de cloración del agua distribuida en los barrios es el adecuado para evitar la propagación de la enfermedad. Las autoridades de Haití, en colaboración con sus socios internacionales, deben activar una respuesta de emergencia e integrar rápidamente las medidas para la gestión de los casos de cólera en sus estructuras de salud”, explica Oliver Schulz.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Desde que los primeros casos de cólera aparecieron a fines de octubre de 2010, Médicos Sin Fronteras (MSF) desplegó equipos médicos de emergencia en todo Haití. De los 711.558 casos registrados por el Ministerio de Salud hasta el 28 de octubre de 2014, MSF ha tratado a más de 204.000, con una tasa de mortalidad inferior a 1%. Desde el año 2011, después de formar al personal y tras la entrega de materiales, MSF ha ido traspasando de manera gradual la responsabilidad de los centros de tratamiento del cólera situados fuera de la zona afectada por el terremoto del 12 de enero de 2010.

En el corazón de la montaña de Pijol, en el nortero departamento hondureño de Yoro, los tolupanes de la comunidad de Las Vegas de Tepemechín de Pueblo Nuevo tienen mucho que celebrar: la hambruna dejó de ser un problema para ellos y sus hijos menores de cinco años fueron rescatados de las garras de la desnutrición infantil.

Sus pobladores, del pueblo indígena toluapan, se libraron de las consecuencias de la sequía que este año se extendió por muchas zonas del país y afectó severamente la producción de granos básicos, como frijol y maíz, a causa del cambio climático y del fenómeno de El Niño.

Desde hace dos años los tolupanes de Pueblo Nuevo cuentan con reservas de alimentos que almacenan en una bodega comunal. Desaparecieron los “junios negros”, repiten los habitantes de la aldea.

“De junio a agosto, nosotros teníamos una etapa muy dura, no teníamos que comer, comíamos raíces, era una etapa de subsistencia, siempre decíamos: ahí vienen los junios negros”, detalló el líder de la tribu, Tomás Cruz, de 27 años y maestro de profesión.

“Pero hoy podemos sonreír y decir: desaparecieron los junios. Ahora tenemos alimentos para nuestra dieta y la de nuestros hijos, que aquí tenían serios problemas de desnutrición porque no había comida”, agregó.

La transformación vino de la mano del Programa Especial de Seguridad Alimentaria (PESA) de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), que cuenta con fondos de Canadá y que tiene entre sus propósitos el identificar y aplicar soluciones técnicas y operativas para mejorar la seguridad alimentaria y nutricional en zonas críticas del país.

Un diagnóstico elaborado por el PESA identificó que de los 298 municipios de Honduras, 73 presentan serios problemas de desnutrición. Pueblo Nuevo y otras seis comunidades tolupanes del municipio de Victoria, en Yoro, fueron de las aldeas que evidenciaron problemas de nutrición y seguridad alimentaria.

En las siete tribus, como llaman los tolupanes a sus asentamientos, se detectaron 217 casos de desnutrición en menores de cinco años. Las otras seis comunidades son El Comunal, San Juancito, Piedra Blanca, Guanchías, El Portillo y Buenos Aires.

Pero Pueblo Nuevo fue la comunidad modelo, porque en dos años logró eliminar la desnutrición de sus 29 niños. En Pueblo Nuevo habitan 750 personas y es un asentamiento nuevo que fue creado tras el paso del huracán Mitch que en 1998 devastó el país, dejó 20.000 muertos y causó severos daños a su infraestructura y economía.

Según cifras oficiales, en Honduras uno de cada cuatro niños menores de cinco años sufre desnutrición crónica, eso equivale a 240.000 del total de más de 800.000 niños y niñas menores de cinco años que hay en este país de 8,4 millones de personas, de los que según datos oficiales, 90% son mestizos, 2% blancos, 3% garífunas<sup>4</sup> y 6% indígenas.

### El camino de volverse modelo

César Alfaro, el experto del PESA-FAO que trabaja en la zona, dijo que la experiencia de Pueblo Nuevo es un éxito porque la tribu entendió que debían cambiar su forma de vida, aplicando buenas prácticas en la siembra, en la higiene y en la seguridad alimentaria.

Los pobladores, por su parte, destacaron que la mística y acompañamiento permanente del técnico fue el motor de su veloz transformación.

“Cuando llegamos a Pueblo Nuevo nadie quería venir. Las maestras decían que no se podía hacer una celebración festiva porque había mucho estiércol por todos lados. Los indígenas vivían revueltos, dormían con los animales y en medio de la suciedad”, dijo Alfaro.

Pero ahora Pueblo Nuevo es una aldea limpia, los indígenas mejoraron sus viviendas de bahareque<sup>5</sup> y lodo, sus paredes relumbran de blancas, dividieron sus espacios, los animales en un lado, la cocina con fogones ecológicos en otro, y tienen hasta habitaciones separadas.

Ubicada a más de 200 kilómetros de Tegucigalpa, la aldea es un ejemplo de trabajo en equipo. Cada vivienda indígena cuenta ahora con un huerto familiar, un gallinero y hasta agua purificada, mediante una planta de tratamiento que administran comunitariamente.



La reluciente cocina de Estanisla Reyes, que ella y su esposo construyeron trabajando 15 días. De los nuevos fogones ecológicos salen los alimentos con que los tolupanes de la comunidad de Pueblo Nuevo, en el norte de Honduras, acabaron con la desnutrición infantil en tan solo dos años.

<sup>4</sup> Los garífunas son un grupo étnico zambo descendiente de africanos, caribes y arahuacos originario de varias regiones de Centroamérica y el Caribe. Se estima que son más de 600.000 los residentes en Honduras, Belice, Guatemala, Nicaragua, y Estados Unidos.

<sup>5</sup> Bahareque, bajareque o bareque, es la denominación de un sistema de construcción de viviendas a partir de palos o cañas entretejidos y barro. Esta técnica ha sido utilizada desde épocas remotas para la construcción de vivienda en pueblos indígenas de América. Un ejemplo es el bohío, vivienda muy usada por amerindios, principalmente en Colombia y Venezuela.

Los niños con problemas de desnutrición fueron sometidos a procesos de mejora alimenticia, bajo un riguroso control médico y la vigilancia de sus padres que ahora tienen un nivel de conciencia alimentaria, nutricional y ambiental, de la cual se enorgullecen al hablar.

Estanislao Reyes, de 37 años, una de las madres, relató que Angeline Nicole, de cinco años y la menor de sus tres hijos, tuvo problemas de desnutrición que logró revertir.

“¿Y cómo no íbamos a estar desnutridos, si no vivíamos bien, si la tierra no la trabajábamos como se debía? Nuestras casas llenas de lodo y basura, eso nos fregó (dañó) la salud, pero ahora entendimos. Mi niña ahora es sana dicen los doctores, que antes nos regañaban por no cuidarlos, pero ahora nos felicitan”, dijo sonriendo.

Ella y su esposo levantaron las paredes de su nueva cocina, integrada al resto de la vivienda, al contrario de la anterior, trabajando 12 horas durante 15 días. “Mi esposo hacía la mezcla y yo traía agua, pulía las paredes y así hicieron muchas familias”, contó orgullosa.

“La vida nos cambió, yo entré de voluntaria porque soy de otra tribu, pero mi sorpresa fue que mi niña también estaba desnutrida, entonces la tribu de Pueblo Nuevo me aceptó y con los alimentitos que produce nuestro huerto, los niños se nutren y nosotros también”, relató otra madre, Adela Maradiaga. Sus hijos ya no se enferman del estómago ni les da tos, añadió.

En Pueblo Nuevo también se jactan de que ya no venden ni su fuerza laboral ni sus animales a los ganaderos o los comerciantes de la zona para comer. “Antes empeñábamos nuestras cositas, pero ahora, más bien les vendemos a ellos maíz, frijol, frutas y aguacates”, dijo Narciso Garay, a quien todos apodan “Chicho”.

En esta tribu ya no queman la tierra antes de sembrarla, usan abono orgánico y reciclan la basura. Cuentan con una caja comunal de fondos donde aportan parte de sus ganancias y eso les ha permitido tener agua potable y provisiones.

Lograron mejorar su rendimiento por hectárea en la siembra de frijol de 600 a 1.800 kilogramos, el de maíz de 900 a 3.000 kilogramos y ahora saben que una familia de seis miembros necesita para vivir de 2.400 a 2.800 kilogramos de maíz al año, por ejemplo.

Sandro Martínez, alcalde de Victoria, es uno de los más entusiastas con los cambios en Pueblo Nuevo, pues nació y creció cerca de los tolupanes y no dudó en tocar las puertas de la FAO para llevar su programa de seguridad alimentaria a las aldeas indígenas.

“Una hambruna en esos pueblos en 2010 me llevó a buscar ayuda y la encontramos. No fue fácil entrar a trabajar con los tolupanes, el éxito está en respetar su forma de gobierno representado por el líder de la tribu, así como su cosmovisión. Ahora ellos dicen ser ricos porque ya no trabajan para el patrón”, aseguró.

En Honduras existen siete grupos indígenas: lencas, pech, tolupanes, chortíes, tawahkas y misquitos, además de los garifunas. Los tolupanes son unos 18.000 distribuidos en 31 tribus, regidas por un cacique, que conforman el Consejo donde toman decisiones para su pueblo.

## *Diario de Yucatán*

### **México, Yucatán: Alerta sanitaria por rabia por tercer año consecutivo**

29 de noviembre de 2014 – Fuente: Diario de Yucatán (México)

Por tercer año consecutivo se declaró una alerta sanitaria por rabia en el estado de Yucatán, pues la Secretaría de Salud (SSY) confirmó que un perro rabioso agredió a tres personas y a varios canes y gatos en Seyé.

Jorge Mendoza Mézquita, titular de la dependencia, precisa que un perro de 10 años de edad atacó a tres adultos, dos mujeres y un varón, a quienes se les suministró el esquema de inmunoglobulina humana antirrábica, toxoide tetánico y el inicio de antibióticos.

El perro fue sacrificado, conservado de acuerdo con los protocolos en hielo, y la muestra (de cerebro o médula espinal) obtenida se turnó al Laboratorio Central Regional de Mérida, que el 27 de octubre confirmó la rabia.

El funcionario indica que en Seyé el mismo jueves se realizó ayer una operación antirrábica, que arrojó la captura de 15 perros y dos gatos que estuvieron en contacto con el perro con rabia y se les tiene bajo vigilancia.

Añade que se realiza un barrido casa por casa en Seyé, que duraría cinco días.

En general, calcula que la operación antirrábica concluirá en unos 20 días.

En 2012 y 2013 la SSY detectó perros con rabia en Cholul (Mérida) y puso en tratamiento antirrábico a varios vecinos e hizo barridos en poblaciones vecinas.



### **Venezuela: Identifican por primera vez en el país una bacteria portadora del gen productor de la enzima NDM-1**

28 de noviembre de 2014 – Fuente: ProMED Mail

Se identificó por primera vez en Venezuela una cepa bacteriana multirresistente, portadora del gen productor de la enzima Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa (NDM-1), correspondiente a un aislado de *Acinetobacter junii* obtenido de una paciente hospitalizada en la Clínica ‘Santa Sofía’, una institución médica privada de la capital, Caracas.

Se trata de una mujer de 79 años, que fue ingresada a la unidad de cuidados intensivos con insuficiencia renal oligúrica, asociada a neumonía multifocal bilateral, desarrollada durante el post-operatorio inmediato de una cirugía de reemplazo valvular de emergencia, por ruptura de la cuerda tendinosa de la válvula mitral. La intervención se prolongó por varias horas y estuvo complicada con sangrado peroperatorio y choque hipovolémico. La paciente fue

colocada en ventilación mecánica y sometida a hemodiálisis. La evolución ulterior fue tórpida, con el desarrollo de síndrome de dificultad respiratoria aguda severo, que ameritó la realización la traqueotomía, inestabilidad hemodinámica y falla multiorgánica progresiva, muriendo 18 días después por paro cardiorrespiratorio irreversible.

Se reportó crecimiento de *Stenotrophomonas maltophilia* en secreción bronquial, *Candida sp.* en múltiples hemocultivos, al igual que *A. junii* y *Candida sp.* en orina.

La paciente recibió diversos antimicrobianos durante su hospitalización, incluyendo ceftriaxona, PIP/TAZ, TMP/SMX, linezolid, caspofungina y meropenem.

La cepa de *A. junii* productora de carbapenemasa fue inicialmente identificada en el Laboratorio de Microbiología de la Clínica 'Santa Sofía' y posteriormente referida al Instituto Nacional de Higiene, en donde se realizó la caracterización del gen codificador de NDM-1 mediante una técnica *in house* de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de punto final.<sup>6</sup>

## El mundo



### **África Occidental: La OMS eleva a casi 7.000 el número de muertos por la enfermedad por el virus del Ébola**

30 de noviembre de 2014 – Fuente: EFE

El número de fallecidos por la enfermedad por el virus del Ébola (EVE) se eleva ya a 6.928, mientras que el total de infectados asciende a 16.169, según el último recuento ofrecido el 28 de noviembre por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La OMS anunció que ya no hará regularmente dos informes completos dos veces por semana (miércoles y viernes) como hacía hasta ahora, sino que a partir de este momento publicará datos con regularidad pero sin compromiso de fechas. De este modo en su última actualización solo se ofrece información estadística de los tres países más afectados por la epidemia (Guinea, Liberia y Sierra Leona), y no se hace ninguna evaluación de las situación.

Liberia sigue encabezando el número de contagios, con 7.244 infecciones y un total de 4.181 muertes. Le sigue en número Sierra Leona, con 6.802 contagios y 1.463 fallecidos. En Guinea, el total acumulado de infecciones es de 2.123 y el número de fallecimientos se eleva a 1.284.

### **Mali no registra nuevos casos**

Mali ya no registra más casos confirmados de EVE tras la recuperación del último paciente conocido que padecía la enfermedad, dijo el presidente Ibrahim Boubacar Keita.

Mali ha registrado ocho casos de EVE –siete confirmados y uno probable– luego que el virus se propagó desde la vecina Guinea, dijo la OMS esta semana. Seis de estas personas infectadas han muerto. Otras 285 personas que entraron en contacto con ellas están siendo controladas pero no han mostrado signos de la enfermedad.

“En este momento, no hay casos de infección en Mali. Los supuestos casos resultaron ser negativos y el 27 de noviembre tuvimos las buenas noticias del primer caso curado de EVE por lo que ahora puedo decir que no hay casos en Mali”, dijo Keita durante una cumbre de naciones francófonas en Senegal.

### **Liberia cerrará todas sus playas**

Liberia cerró todas sus playas a partir del 29 de noviembre, de forma indefinida, como medida preventiva para evitar el contagio de la EVE.

Sam Collins, portavoz de la Policía liberiana, advirtió que quienes persistan en ir a la playa serán juzgados.

<sup>6</sup> La Nueva Delhi metalo-beta-lactamasa (NDM-1) es una enzima que confiere resistencia a un amplio espectro de antibióticos beta-lactámicos, incluyendo la clase de los carbapenemes, identificada por primera vez en Suecia en el año 2008, en un paciente que había viajado a India. Pertenece a la clase B de la clasificación de betalactamasas de Ambler, que incluye a las metalo-betalactamasas (MBLs).

El gen que codifica por la NDM-1 (blaNDM) es miembro de una gran familia de genes productores de enzimas carbapenemasas.

Las bacterias productoras de carbapenemasas frecuentemente son denominadas por los medios de comunicación como superbacterias (*superbugs*), porque las infecciones que causan son difíciles de tratar. Tales bacterias son usualmente susceptibles solo a *aztreonam*, colimicina y tigeciclina.

Hasta el momento, hay 12 países en el continente que han detectado microorganismos con NDM-1. Los primeros hallazgos ocurrieron en 2010, en los Estados Unidos y en Canadá, en pacientes que recientemente habían recibido atención médica en países fuera de esta región.

En Estados Unidos y Canadá fueron detectados casos en 2010 relacionados a viajeros provenientes de India. En Latinoamérica no se había reportado circulación de este mecanismo hasta la notificación en noviembre de 2011, en Guatemala, de dos aislamientos de *Klebsiella pneumoniae*.

Las metalobetalactamasas de tipo NDM-1 han ido diseminándose a diferentes países, portadas por miembros de la familia *Enterobacteriaceae*, como *K. pneumoniae* y otros patógenos causantes comunes de infecciones intrahospitalarias.

Después de la detección en Guatemala en 2011, el mecanismo de resistencia NDM-1 se detectó en 2012, en *K. pneumoniae* en Colombia; Paraguay lo detectó en *Acinetobacter pittii*, y Uruguay lo detectó en *Providencia rettgeri*.

En 2013, otros países reportaron micoorganismos portadores del gen NDM-1: Argentina, Brasil y México lo detectaron en *P. rettgeri*; Honduras en *A. baumannii*; Nicaragua en *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *Escherichia coli* y *Enterobacter cloacae*; y más recientemente, Costa Rica lo detectó en *E. coli*.

Se trataría de la primera vez que ha sido identificada en el continente la presencia del gen NDM-1 en un aislado de *A. junii*.

Las autoridades sanitarias de Liberia aconsejaron evitar las grandes concentraciones en las playas para celebrar la festividad nacional del 29 de noviembre, cuando se celebra el cumpleaños de William Tubman, el presidente que más tiempo ha estado al frente del país, desde 1944 hasta 1971.

Los expertos sanitarios consideran que las tradicionales celebraciones de este día favorecerían el contacto de persona a persona y, por tanto, la transmisión del virus en el país.

Por otra parte, la Policía señaló que tendrá un dispositivo suficiente para garantizar la seguridad durante la jornada electoral del próximo 16 de diciembre, en que los liberianos están llamados a votar para renovar parte del Senado.

La OMS afirmó esta semana que los casos de EVE han dejado de aumentar con fuerza en Liberia y Guinea.

### Prueban nuevo examen rápido

Un nuevo examen diseñado para diagnosticar con rapidez el virus del Ébola será probado en un centro de tratamiento para la enfermedad en Guinea, dijo el 28 de noviembre la organización benéfica para la salud The Wellcome Trust.

Los investigadores que desarrollan el examen de 15 minutos dicen que es seis veces más rápido que los que se usan actualmente y que, si tienen éxito, podrían ayudar al personal médico a identificar y aislar a pacientes con el virus confirmado y comenzar un tratamiento de inmediato.

La prueba, encabezada por investigadores del Instituto Pasteur en Dakar, Senegal, utilizará un "maletín móvil de laboratorio, un laboratorio portátil del tamaño de una computadora personal con un panel solar, una batería y un lector de resultados, diseñado para ser usado en áreas rurales de países pobres donde la electricidad con frecuencia escasea".

"Un examen confiable de 15 minutos que pueda confirmar casos de EVE sería una herramienta clave para el manejo efectivo del brote de EVE. No solo brinda al paciente una mejor oportunidad de sobrevivir, sino que también previene la transmisión del virus a otras personas", dijo Val Snewin, de Wellcome.

### Detectan el virus del Ébola en el semen tres meses después de superar los síntomas

La OMS alertó que el semen de hombres convalecientes de la EVE puede contener el virus hasta tres meses después de desaparecidos los síntomas.

Cuatro estudios que investigaron la persistencia del virus del Ébola en los fluidos seminales de un total de 43 pacientes concluyeron que el virus se encontró en el semen de tres hombres 40, 61 y 82 días después de haber superado los signos de esta fiebre hemorrágica.

Los estudios en los que se basan estas recomendaciones no se han realizado en la actual epidemia de EVE en África Occidental, sino en brotes pasados en Uganda y la República Democrática del Congo.

La OMS aclaró que no recomienda que los hombres convalecientes y que han dado negativo en las pruebas para detectar el virus en la sangre sean mantenidos en aislamiento.

El virus del Ébola se encuentra en los fluidos corporales, tales como la sangre, el vómito, las heces, la saliva, la orina, las lágrimas y los líquidos seminal y vaginal.

"Aunque la evidencia científica es limitada, está claro que el semen es una potencial fuente de infección y que puede causar la transmisión del virus", explicó.

La OMS también dio cuenta de otros dos estudios en los que el virus fue aislado del semen, pero en los que no se identificó infecciones entre los contactos dentro del hogar.



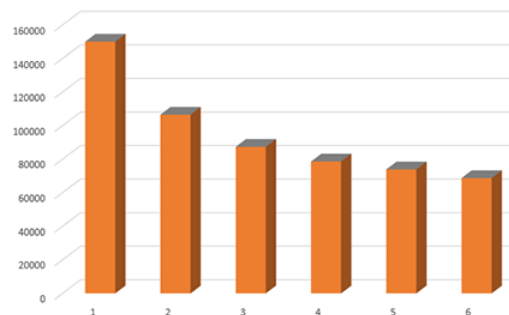
### España: Estimación de la cascada del tratamiento de la infección por VIH

27 de noviembre de 2014 – Fuente: Grupo de Estudio del Sida (España)

Un estudio presentado en el VI Congreso Nacional del Grupo de Estudio del Sida de la Sociedad Española de Infectología y Microbiología Clínica (GESIDA/SEIMC), que se está celebrando esta semana en Málaga (España), mostró una primera estimación de la cascada del tratamiento de la infección por VIH en España. En ella, el porcentaje de personas infectadas por VIH en estado de supresión virológica (definida como tener una carga viral inferior a 500 copias/mL) se encontraría alrededor de 46%, claramente por debajo de los porcentajes calculados en un estudio reciente en otros países europeos tales como Dinamarca, Gran Bretaña, Países Bajos y Francia, países en los cuales el porcentaje de personas con VIH con carga viral indetectable (definida como inferior a 50 copias/mL) se encontraría siempre por encima de 50%.

Los autores del estudio seleccionaron diversas fuentes para cada uno de los grupos poblacionales definidos:

- El número de personas infectadas por VIH en España se obtuvo de los cálculos realizados en el programa Spectrum del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (2013).
- El total de personas diagnosticadas se extrajo del estudio EPI-ITS (período 2005-2010).



	Valor absoluto	Porcentaje
Personas infectadas por VIH	150000	100%
Personas diagnosticadas	106500	71%
Personas vinculadas al sistema sanitario	87330	58%
Personas retenidas en el sistema sanitario	78597	52%
Personas en tratamiento antirretroviral	73881	49%
Personas con carga viral <500 copias/mL	68709	46%

Cálculo de la cascada de tratamiento



- El total de personas vinculadas al sistema sanitario se obtuvo del Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH (SINIVIH, 2010).
- El total de personas retenidas en el sistema sanitario, el de personas en tratamiento antirretroviral y el de aquellas en estado de supresión virológica provenían del resultado de la Encuesta Hospitalaria.

La comparación de los resultados del presente estudio con los de otros países europeos pone de manifiesto la necesidad de mejorar tanto la detección de nuevos casos de infección por VIH como su adecuada vinculación al sistema sanitario y su retención en este. En estos tres pasos se perdería al 57% de las personas con VIH en España, algo difícilmente asumible en términos de salud pública a la luz de lo conseguido en países de la misma área geográfica.

Por otro lado, tener que extraer tres de los valores más importantes para el cálculo de la cascada de tratamiento de una encuesta hospitalaria muestra la necesidad del establecimiento de adecuados sistemas de registro una vez la persona ya ha sido diagnosticada y vinculada al sistema sanitario.



## Gran Bretaña: El 70% del pollo que se vende en el país está contaminado con *Campylobacter*

27 de noviembre de 2014 – Fuente: France Press

El 70% de la carne de pollo que se vende en Gran Bretaña está contaminado con la bacteria *Campylobacter*, que en algunas ocasiones puede causar la muerte, revelaron las autoridades británicas.

Según el informe de la Agencia de Seguridad de los Alimentos (FSA), 18% de los pollos infectados lo está en el grado más tóxico de esta bacteria que produce infecciones intestinales y que puede ser mortal en niños muy pequeños, personas mayores e individuos con bajas defensas.

El estudio se hizo a lo largo de seis meses y concluyó que ninguno de los grandes supermercados británicos cumplía con las normas de la industria para reducir esta bacteria, que muere con la cocción del pollo pero que cada año enferma a 280.000 personas en Gran Bretaña.

“Los resultados muestran que la industria, en especial los supermercados, tienen que hacer más por reducir la cantidad de *Campylobacter* en la carne de pollo”, dijo Steve Wearne, del FSA.

En junio, el FSA lanzó un anuncio público para que la gente deje de lavar el pollo antes de cocinarlo porque sólo se consigue esparcir la bacteria por la cocina.



## UNIVISION Siria, Dimashq: Reportan casos de miasis

27 de noviembre de 2014 – Fuente: Univisión (México)

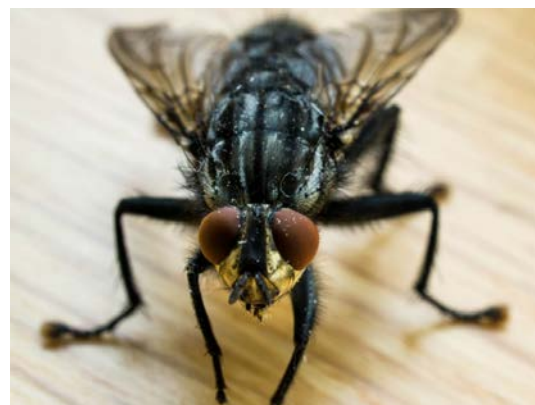
La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó que en Dimashq, Siria, se han reportado varios casos de una enfermedad tropical transmitida por moscas que provoca infección y posteriormente la presencia de gusanos.

Las malas condiciones del agua y de saneamiento propician el brote de serias enfermedades. Tal es el caso de la denominada miasis, fiebre tropical o gusano barrenador, una infección transmitida por las moscas que se podría llegar a transformar en una nueva amenaza para las regiones que como Dimashq, carecen de recursos mínimos vitales como el agua.

En la región de Ghūṭat Dimashq se reportaron tres casos que luego fueron confirmados por la OMS. “Estamos muy preocupados, no sólo por los casos, sino por la situación de la salud pública”, dijo Elisabeth Hoff, representante de la organización en Dimashq.

Las medidas preventivas incluyen el uso de insecticidas para matar moscas y lavar la ropa en agua caliente, según la OMS.

“Si hubiera un acceso adecuado a los servicios de agua y saneamiento, la enfermedad se podría evitar. La OMS está abogando por una mejor agua y saneamiento en la zona, y tratar de enviar equipos de higiene”, dijo Hoff.<sup>7</sup>



<sup>7</sup> La miasis es la infección del tejido con larvas de mosca, comúnmente conocidas como gusanos. Está muy extendida en las zonas tropicales y subtropicales de África y las Américas, y ocurre con mucho menos frecuencia en la mayoría de otras zonas del mundo, según la Universidad de Stanford. La infección es más a menudo subcutánea y se produce por una lesión forunculoide, pero también se origina en las heridas y ciertas cavidades corporales. Como los viajes a las regiones endémicas se vuelven más comunes, los médicos y dermatólogos, especialmente en áreas no endémicas, se enfrentan cada vez con más casos de miasis.

Los profesionales de salud de los países desarrollados del norte, pueden no estar familiarizados con esta infección parasitaria, informa la citada fuente.

Por su parte, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos informan que la enfermedad rara vez se presenta en ese país; las personas normalmente contraen la infección cuando se trasladan a las zonas tropicales de África y América del Sur, y quienes viajan con heridas no tratadas y abiertas están en mayor riesgo de contraer miasis.

Si una persona presenta esta infección, las larvas deben ser extirpadas quirúrgicamente por un profesional médico.

Nos encontramos en un momento crítico para el control de la tuberculosis. A pesar de los avances vividos en los últimos años, esta enfermedad sigue siendo responsable de más de 4.000 muertes al día en el planeta. Esta cifra es desorbitada e inaceptable, ya que casi todas estas muertes son prevenibles. Han pasado más de 20 años desde que la tuberculosis fuera declarada una emergencia de salud pública mundial por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta alerta sirvió para concienciar a las autoridades sanitarias de todo el mundo de que era preciso dedicar más fondos y actuar de forma coordinada para responder a una enfermedad que aún hoy sigue causando nueve millones de casos al año y mata a un millón y medio de personas en todo el mundo. Una mayor inversión de gasto por parte de los países e instituciones sanitarias internacionales, la reorganización y fortalecimiento de los programas nacionales de control de la enfermedad, el establecimiento de estrategias de control transversales armonizadas para todo el mundo y el aumento de recursos para investigación, han sido los pilares que han evitado millones de muertes y episodios de enfermedad en las últimas dos décadas.

Pero no hay margen para la relajación en la lucha contra la tuberculosis. Mientras que algunos países con menos de 10 casos anuales cada 100.000 habitantes piensan en la ambiciosa eliminación de la enfermedad, otros, la mayoría muy pobres, tienen sobre la mesa un panorama desolador (más de 500 casos anuales cada 100.000 habitantes), sin perspectivas de mejora y sin recursos para hacer frente a una infección bacteriana que impide el desarrollo económico y social de las regiones más afectadas. Mientras que desciende el número de casos de tuberculosis sensible a tratamientos estándar, aumenta el número de casos que no responden a dos de los mejores fármacos (la llamada tuberculosis multirresistente). En consecuencia, pacientes y sistemas sanitarios tienen que hacer frente a pautas mucho más prolongadas (hasta dos años de tratamiento), con más efectos secundarios, y mucho más costosas (hasta 100 veces más). A pesar de la mejora de los sistemas de vigilancia en la mayoría de países, se estima que un tercio de los casos reales de tuberculosis no son notificados y/o diagnosticados, limitando en gran medida una mayor aceleración en la reducción de su número. Puntos calientes de transmisión, como son las minas o las prisiones, representan un desafío formidable para el control de la transmisión de la enfermedad en la población general. En pacientes infectados con VIH y diabéticos, más susceptibles a la tuberculosis, el éxito de los tratamientos es más difícil y el abordaje conjunto de ambas enfermedades añade un grado de complejidad. Para hacer frente a todos estos retos se necesitan más recursos económicos, alrededor de 2.000 millones de dólares más de los que se destinan anualmente, según algunas estimaciones.

Este mismo mes se clausuraba la conferencia anual de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias en Barcelona, que reunió a miles de expertos en tuberculosis de más de 120 países con los objetivos de presentar los últimos avances en investigación en tuberculosis y concienciar sobre la importancia de mantener y elevar el gasto para el control e investigación. Allí estaban profesionales de la salud, científicos, ministros de salud, trabajadores sociales, activistas. Se discutieron estrategias para dar mayor visibilidad a una enfermedad que sigue siendo devastadora. Una visibilidad que pueda traducirse en un mayor compromiso político e inversión por parte de los países e instituciones. No debemos olvidar que la tuberculosis es un problema de salud global, que afecta en mayor o menor medida a todos los países y que, por lo tanto, la actuación ha de tener la misma escala. De lo contrario, seguiremos fracasando colectivamente, perpetuando la desmesurada e inaceptable carga de enfermedad con que la tuberculosis, a día de hoy, sigue castigando.



### **Revelan grandes insuficiencias en relación con el agua y el saneamiento**

19 de noviembre de 2014 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

Las actividades mundiales encaminadas a mejorar el abastecimiento de agua y el saneamiento para todos se van intensificando, pero las grandes insuficiencias en la financiación siguen obstaculizando los progresos, según revela un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud en nombre de ONU-Agua.

El 'Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable de ONU-Agua (GLAAS 2014)', informe que se publica cada dos años, presenta datos de 94 países y 23 organismos externos de apoyo. Ofrece un amplio análisis de los puntos fuertes y los desafíos en relación con el acceso al agua, el saneamiento y la higiene (iniciativa WASH) en los países y entre un país y otro.<sup>9</sup>

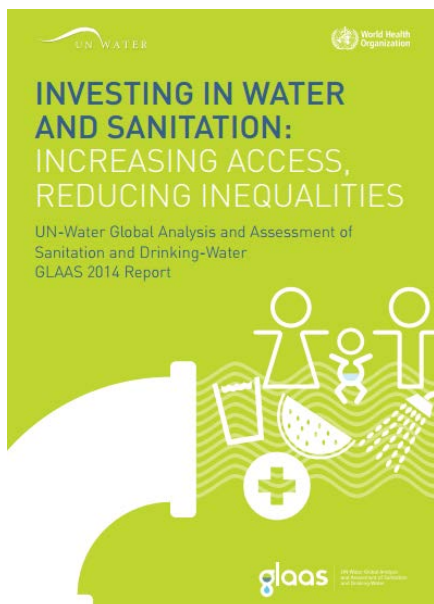
"El agua y el saneamiento son imprescindibles para la salud humana. El compromiso político para garantizar el acceso a estos servicios vitales es más alto que nunca. La ayuda internacional destinada al sector va en aumento. Sin embargo, seguimos observando grandes insuficiencias de financiación en los países, particularmente en las zonas rurales", señaló la Dra. María Neira, Directora del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de la OMS.

### **Fortalecimiento del compromiso político**

Dos tercios de los países objeto del estudio indicaron que en su legislación el acceso al agua potable y el saneamiento ambiental se consideraba un derecho humano universal. Más de 80% señalaron que tenían en vigor políticas nacionales en relación con el agua potable y el saneamiento, y más de 75% contaban con políticas relativas a la higiene.

<sup>8</sup> Investigador del Institut de Salut Global (ISGlobal) en el Centro de Investigación en Salud de Manhica (CISM), Mozambique.

<sup>9</sup> Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Este compromiso político reforzado a nivel nacional se refleja en los debates mundiales acerca de los objetivos de desarrollo sostenibles posteriores a 2015. El grupo de trabajo de los Estados Miembros encargado de la elaboración de esos objetivos ha propuesto como una de las metas mundiales el acceso universal y equitativo al agua, el saneamiento y la higiene.

“Ahora es el momento de actuar. Podemos no saber aún cómo será la agenda de desarrollo sostenible para después de 2015, pero sí sabemos que el agua y el saneamiento deberán ser prioridades indiscutibles si queremos crear un futuro que permita a cada quien vivir una vida sana, próspera y digna”, dice Michel Jarraud, Presidente de ONU-Agua y Secretario General de la Organización Meteorológica Mundial.

### Más ayuda, mejor canalización de los recursos

La ayuda internacional en relación con el agua y el saneamiento va en aumento: según el informe, los compromisos de financiación de la iniciativa WASH aumentaron 30% entre 2010 y 2012, pasando de 8.300 millones a 10.900 millones de dólares.

En los compromisos de ayuda se apunta cada vez más a las regiones insuficientemente atendidas, particularmente África Subsahariana, Asia Meridional y Asia Sudoriental. En el informe GLAAS 2014 también se pone de relieve el fortalecimiento de la canalización de los recursos de la iniciativa WASH en favor de los pobres: más de 75% de los países indicaron que en sus planes nacionales figuraban medidas concretas para proporcionar servicios de abastecimiento de agua y saneamiento ambiental a la población de bajos ingresos.

“Para nuestros asociados, especialmente en los países, el GLAAS es fundamental para la adopción de decisiones bien motivadas, basadas en datos probatorios. El informe ayuda a los gobiernos a conocer en qué se está avanzando en relación con la iniciativa WASH y dónde es preciso asignar más recursos”, dice el expresidente de Ghana John Agyekum Kufuor, Presidente de la alianza Saneamiento y Agua para Todos.<sup>10</sup>

“A medida que determinamos las insuficiencias en materia de recursos financieros y humanos, los gobiernos y los donantes pueden actuar de manera más decisiva en apoyo de las políticas y en la ejecución de programas sostenibles que posibiliten a todas las personas un acceso equitativo al agua y el saneamiento ambiental”, dice Chris Williams, Director Ejecutivo del Consejo de colaboración para el abastecimiento de agua potable y el saneamiento (WSSCC), vinculado a las Naciones Unidas.

“A medida que determinamos las insuficiencias en materia de recursos financieros y humanos, los gobiernos y los donantes pueden actuar de manera más decisiva en apoyo de las políticas y en la ejecución de programas sostenibles que posibiliten a todas las personas un acceso equitativo al agua y el saneamiento ambiental”, dice Chris Williams, Director Ejecutivo del Consejo de colaboración para el abastecimiento de agua potable y el saneamiento (WSSCC), vinculado a las Naciones Unidas.

### Persisten grandes insuficiencias

A pesar de estos avances, 2.500 millones de hombres, mujeres y niños en el mundo entero carecen de acceso a servicios de saneamiento básico. Alrededor de 1.000 millones de personas continúan con la práctica de la defecación al aire libre. Otros 748 millones no tienen fácil acceso a una fuente mejorada de agua potable<sup>11</sup>. Y cientos de millones de personas viven sin agua limpia y jabón para lavarse las manos, lo que facilita la propagación de las enfermedades diarreicas, segunda causa principal de defunción de niños menores de cinco años.

Muchas otras enfermedades transmitidas por el agua, como el cólera, la fiebre tifoidea y la hepatitis, son proclives a manifestarse en forma de brotes explosivos. El saneamiento y la higiene deficientes también pueden provocar enfermedades debilitantes que afectan a muchísimas personas en el mundo en desarrollo, como la infestación por lombrices intestinales, el tracoma causante de ceguera y la esquistosomosis.

### Problemas principales

En el informe se mencionan algunos problemas principales, a saber:

- **Financiación insuficiente.** Si bien la ayuda internacional al sector del agua, saneamiento e higiene ha aumentado, las necesidades de financiación nacionales siguen siendo superiores a los recursos disponibles. El 80% de los países indicaron que los niveles actuales de financiación son insuficientes para cumplir sus metas referentes al agua potable y el saneamiento ambiental.
- **Insuficiencia de financiación en las zonas rurales.** Una inmensa mayoría de las personas que carecen de saneamiento básico viven en zonas rurales; sin embargo, el grueso de la financiación sigue beneficiando a los residentes urbanos. El gasto en saneamiento rural es menos de 10% del total de la financiación destinada al sector del agua, saneamiento e higiene.
- **Escasa capacidad nacional para ejecutar planes relativos al agua, el saneamiento y la higiene.** Pese al firme apoyo político al acceso universal al agua y el saneamiento, menos de una tercera parte de los países encues-

<sup>10</sup> Entre los 23 organismos de apoyo externo se cuentan los gobiernos donantes y otras fuentes de financiación/apoyo (p. ej. organizaciones no gubernamentales y fundaciones).

<sup>11</sup> Por fuente de agua potable “mejorada” se entiende una instalación o punto de abastecimiento en que el agua está protegida de la contaminación exterior, en particular de la materia fecal. Esto incluye las tuberías para la conducción de agua a viviendas, parcelas o huertos; las bombas o fuentes de agua públicas; los pozos entubados o pozos de sondeo; los manantiales protegidos; y las instalaciones de recolección de agua de lluvia. Un sistema de saneamiento “mejorado” es el que higiénicamente impide el contacto de los seres humanos con excretas humanas.

tados para el informe tienen planes nacionales en la materia que se apliquen cabalmente, con una financiación total, y se examinen con regularidad.

- Deficiencias muy importantes en la vigilancia. Disponer de datos fiables es imprescindible para determinar las insuficiencias en cuanto al acceso a los servicios de agua potable, saneamiento e higiene y fundamentar las decisiones de política. Aunque son muchos los países que cuentan con marcos para la vigilancia de estos servicios, la mayoría señaló que la recolección de datos era incongruente o fragmentaria y la capacidad de análisis escasa.
- Descuido de los servicios de abastecimiento de agua, saneamiento e higiene en escuelas e instalaciones de salud. Los servicios de abastecimiento de agua y saneamiento en las escuelas pueden favorecer que los niños, especialmente las niñas, permanezcan en la escuela y adquieran hábitos de higiene para toda la vida. En los dispensarios, esos servicios posibilitan la privacidad y seguridad de los pacientes, en particular las parturientas, y son imprescindibles para prevenir los brotes de enfermedades y responder a ellos. No obstante, los datos del informe GLAAS indican que menos de 30% de los países encuestados tienen planes nacionales referentes a estos servicios en entornos institucionales, que se apliquen cabalmente, con una financiación total, y se examinen con regularidad.

### **Las inversiones son redituables**

Las inversiones en el sector del agua y el saneamiento arrojan beneficios sustanciales para la salud humana y el desarrollo. Según las estimaciones de la OMS, por cada dólar invertido en agua y saneamiento, se obtiene un rédito de 4,3 dólares en forma de reducción del costo de la atención sanitaria para los individuos y la sociedad. Puede salvarse a millones de niños de una muerte prematura y de enfermedades relacionadas con la malnutrición y enfermedades transmitidas por el agua. Los adultos pueden vivir una vida más larga y más sana.

Los beneficios aprovechan a muchos sectores. Las ventajas de orden económico y ambiental comprenden, por ejemplo, una mayor productividad en el lugar de trabajo y la reducción de la contaminación de los recursos de agua y tierra. El aumento de la calidad de vida se traduce, entre otras cosas, en una mejor asistencia a la escuela, mayor privacidad y seguridad –especialmente por lo que respecta a las mujeres, los niños y los ancianos– y una mayor dignidad para todos.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> El 20 de noviembre las Naciones Unidas conmemoraron el 20º aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño. La Convención reconoce “el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud” y “el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”.



# Floración masiva de la Caña Colihue



INFORMACIÓN Y PRECAUCIONES

Desde el 2012 somos testigos de un hecho único: la floración masiva de la caña Colihue. Se trata de un evento natural que ocurre cada 70 años, donde centenares de hectáreas de caña colihue florecen en forma sincronizada, dando por resultado la supervivencia de la especie.

En su proceso de renovación, los cañaverales producen toneladas de semillas. Luego se secan y mueren, dándole paso a los renovales que traen una nueva diversidad genética. También se produce una sobreabundancia de alimentos para roedores y otros granívoros del bosque, y una gran cantidad de materia vegetal seca. Ante ello, quienes visitamos esta zona debemos tomar algunas precauciones para poder disfrutar seguros:

**Riesgo de incendio**

Como las plantas mueren y se secan luego de semillar, se generan grandes parches de vegetación seca, en nuestra zona superan las 20.000 hectáreas. Por este motivo se deben extremar las siguientes precauciones:

- Prender fuegos pequeños, en fogones y horarios habilitados, en lugares abiertos, lejos de la vegetación y en zonas usadas anteriormente, y nunca dejar el fuego solo.
- Apagar las brasas con agua. No usar tierra ya que puede aportar hojas y pequeñas ramas que alimentarían el fuego. Antes de irse asegurarse de que las cenizas estén frías.
- Tener extrema precaución los días de viento y sol.
- Los fumadores deben apagar bien el cigarrillo y no arrojar las colillas. Depositarlas en los lugares habilitados para la recolección de residuos.
- Si durante la visita se encuentran fogones mal apagados, echarles abundante agua.

**Agua**

Los cursos de agua actúan como barreras naturales para los roedores, por lo que ocasionalmente estos caen en ellos y perecen. Es importante tomar las siguientes precauciones:

- No consumir agua de ríos y arroyos, tomar agua envasada o asegurarse que el agua de los campings haya sido potabilizada.

**EN CASO DE URGENCIA**  
Comuníquese con los siguientes teléfonos:

Parque Nacional los Alerces .....	(02945) 471055 / 471011
Bomberos .....	100
Brigada de Bosques .....	(02945) 480323
Defensa Civil .....	103
Hospital Esquel .....	(02945) 450107

**Roedores y Hanta Virus**

La extraordinaria cantidad de alimento disponible genera un aumento exponencial de la población de roedores, y un porcentaje de ellos puede ser portador del Virus Hanta. El virus es destruido por la acción de los rayos ultravioleta del sol y el efecto desecante del aire libre, por lo que se ve favorecido en condiciones de poca luz y mala ventilación. La enfermedad se contrae al respirar aerosoles (pequeñas partículas) conteniendo excrementos, orina o saliva de roedores infectados, por lo que se deben tomar las siguientes precauciones:

- Transitar por senderos habilitados, mantenerse alejado de cañaverales y matorrales densos (como los de Rosa Mosqueta).
- Lavarse las manos frecuentemente.
- No juntar leña del bosque (traer leña y carbón de sus hogares), ni tampoco frutas, hongos, flores o cualquier otro producto de la naturaleza para ser ingerido.
- Dejar limpio el lugar de acampe, y evitar el acceso a roedores. Volver con los residuos producidos a la ciudad.
- En caso de pernoctar hacerlo en lugares habilitados y elegir lugares despejados, libre de malezas arbustos y matorrales, utilice carpas con piso y manténgalas cerradas.
- Mantener los alimentos en recipientes cerrados de plástico o metal.
- Evitar el ingreso a lugares cerrados o que favorezcan la presencia de roedores, (galpones cerrados, cabafas, refugios o edificaciones abandonadas).

**SÍNTOMAS DEL HANTA VIRUS**

Fiebre, dolor de cabeza, falta de aire, dolores severos en los músculos, dolor abdominal. Si usted presenta estos síntomas entre los 6 a los 45 días luego de haber estado en algún ambiente potencialmente peligroso, consulte a su médico en forma urgente.

*Disfrutá Seguro!*



esquel.gov.ar/turismo/floracioncolihue.php

MESA INTERINSTITUCIONAL PARA LA FLORACION DE LA CAÑA COLIHUE



2013. Chubut, Argentina.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com), aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.