



Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente
Córdoba - Argentina

www.reporteepidemiologico.com



Número 1.690

16 de noviembre de 2015

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

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.)
Nora V. Glatstein (Arg.)
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)

Argentina

- Vigilancia de tos convulsa

América

- Caribe: Confirman primer brote de fiebre zika
- Chile: Lanzan una campaña de prevención de la hantavirrosis
- Estados Unidos: Se disparan los casos de sífilis congénita
- Guatemala: La crisis del sistema de salud tiene en vilo a las autoridades

El mundo

- Bahrein: Las autoridades de salud declaran al país libre de cólera
- India lucha contra la malnutrición

- Pakistán: Aumentan a 40 los casos de poliomielitis
- Vietnam planea expandir la terapia antirretroviral contra el VIH/sida
- La mayoría de los países no están preparados para abordar el impacto del cambio climático en la salud
- Las causas principales por las que las personas van a trabajar estando enfermas
- Las personas asintomáticas con dengue pueden transmitir el virus a los mosquitos
- Descubren un nuevo coronavirus que puede pasar directamente de los murciélagos a los humanos
- La mortalidad materna se ha reducido 44% desde 1990

Adhieren:

SLAMVI

Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero

www.slamviweb.org/

**CIRCULO
MÉDICO DE
CÓRDOBA**

www.circulomedicocba.org/

CMPC
Consejo de Médicos
de la Provincia
de Córdoba

www.consejomedico.org.ar/



Biblioteca de la Facultad
de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Córdoba

www.biblioteca.fcm.unc.edu.ar/



S.A.D.I.

www.said.org.ar/

**Comité Nacional de
Infectología**

Sociedad Argentina de Pediatría
www.sap.org.ar/



www.apinfectologia.org/

**Sociedad Argentina de Infectología
Pediatría**

www.sadip.net/

**Asociación
Parasitológica
Argentina**

www.apargentina.org.ar/

Declaración de Córdoba II



Declaración de Córdoba II: "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío"

El Círculo Médico de Córdoba, fundado en el año 1910, es una institución destinada a la capacitación de postgrado en todas aquellas cuestiones científicas relacionadas con las ciencias médicas. En la actualidad, alberga a 35 sociedades científicas y más de 2.000 socios de la Provincia de Córdoba, Argentina.

Su Comisión Directiva se complace en informar que, en el marco de su 105° Aniversario, se procedió a la elaboración de la Declaración de Córdoba II "Hacia un mundo con antibióticos eficaces y seguros: un desafío".

Este documento, impulsado por la entidad y realizado en colaboración con destacados especialistas, asume el compromiso de vincular ciencia y sociedad, para establecer una nueva y provechosa articulación entre todos los involucrados en este tema de trascendencia mundial.

Es de vital importancia para nuestras regiones, tomar una posición frente a esta problemática. Es por ello que se invita a Usted, como catalizador del cambio, a adherir a esta Declaración de Córdoba II. Puede leer el texto completo de la Declaración haciendo clic [aquí](#).

Esperando contar con su apoyo, se le invita a enviar su adhesión a: presidenciacirculomedicocba@gmail.com.

También puede consultar el texto completo de la primera [Declaración de Córdoba: Hacia un mundo sin sida, el compromiso de América Latina](#).



Desde mayo de 1993, la Fundación Huésped publica en forma trimestral la revista "Actualizaciones en SIDA", primera publicación científica latinoamericana en idioma español destinada al tema VIH/sida. Desde marzo de 2013, a partir de un acuerdo con la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), cambió su nombre a "Actualizaciones en Sida e Infectología", ampliando sus contenidos más allá de lo concerniente a la infección por VIH hacia todos los aspectos relacionados a las enfermedades infecciosas. La revista cuenta con dos indexaciones en las bases de datos Latindex y LILACS. Encontrará la publicación en formato pdf desde el año 2003 haciendo clic [aquí](#).

Argentina



Vigilancia de tos convulsa

9 de noviembre de 2015 – Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)

Análisis de la situación actual

Entre las semanas epidemiológicas (SE) 1 y 40 del año 2015 se registraron en Argentina 8.158 casos sospechosos de tos convulsa, de los cuales 732 fueron clasificados como confirmados (ver Gráfico 1).

Gráfico 1. Casos sospechosos y confirmados. Argentina. Año 2015, hasta semana epidemiológica 40.

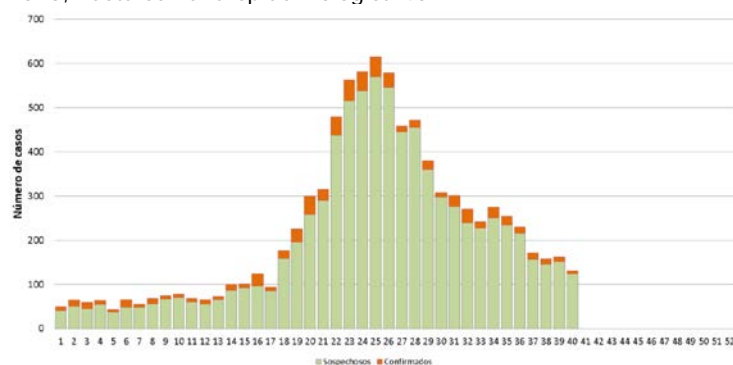
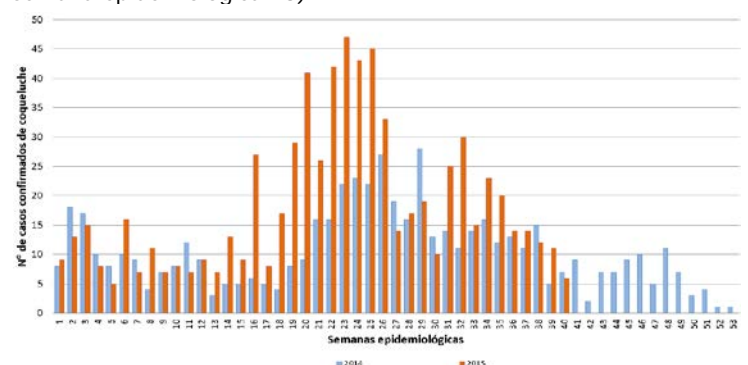


Gráfico 2. Casos confirmados. Argentina. Años 2014 y 2015 (hasta semana epidemiológica 28).



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA. Datos parciales, actualizados al 20 de octubre de 2015.

Hasta la SE 40 del año 2015 se produjeron 51% más casos, respecto de la misma semana del año anterior, particularmente entre las SE 13 y 35 (ver Gráfico 2).

La tasa de incidencia de tos convulsa a través del análisis unificado de ambos módulos de notificación del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) fue de 1,72 cada 100.000 habitantes. Se confirmaron hasta la fecha 9% de los casos notificados como sospechosos, mientras que el año anterior para la misma época se había confirmado 6,5% de los casos sospechosos. Las provincias de Salta, Mendoza y Tucumán continúan mostrando la mayor incidencia de tos convulsa del país.

En la provincia de Salta se confirmaron 180 casos, representando una incidencia 11 veces superior a la del país; 60% de los casos confirmados se produjeron en el departamento Capital (107). Hasta la fecha registra 18,5% de confirmación de casos.

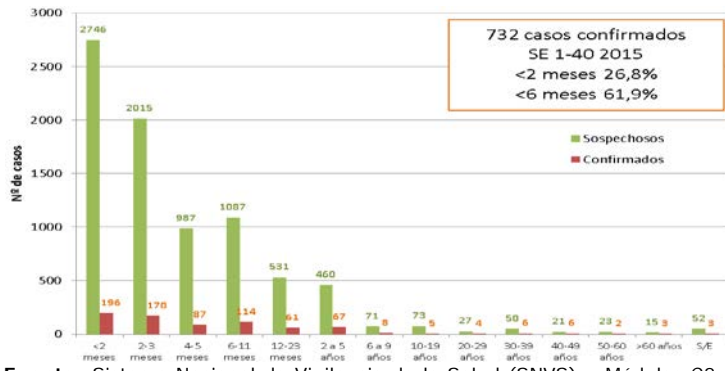
La provincia de Mendoza reportó 90 casos confirmados hasta la SE 40; los departamentos de Maipú (17), Guaymallén (15) y Las Heras (14) fueron los que registraron más casos. Se confirmaron 8,8% de los casos sospechosos.

La provincia de Buenos Aires registra el mayor número absoluto de casos del país (306), distribuidos en toda la jurisdicción, predominando en la Región VI (69), Región XI (59) y en la Región V (39). En Buenos Aires se confirmaron hasta el momento 16,7% de los casos sospechosos.

Dadas las características cíclicas de la tos convulsa y el aumento de los casos, resulta fundamental mantener la sensibilidad del sistema de vigilancia para detectar precozmente los picos de incidencia de la enfermedad que se presentan cada 4 o 5 años.

Los casos confirmados se presentaron en un rango etario amplio entre los primeros días de vida y los 79 años. La tos convulsa es una enfermedad que se puede presentar en cualquier etapa de la vida, por lo cual se debe reforzar

Gráfico 3. Casos confirmados, según grupos etarios. Argentina. Año 2015, hasta semana epidemiológica 40.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA. Datos parciales, actualizados al 20 de octubre de 2015.

sospechosos fueron notificados a través del módulo clínico y de laboratorio.

Se enfatiza la importancia de realizar la carga de los casos sospechosos en el módulo C2 para poder realizar a tiempo las acciones de control.

Indicadores a nivel provincial

Entre las SE 1 y 40 de 2015 se notificaron casos sospechosos en 24 jurisdicciones. La relación de notificación entre el módulo SIVILA y C2, muestra una mayor fortaleza del módulo SIVILA, especialmente en la región Centro (ver Tabla 1).

Tabla 1. Casos notificados, según módulo de notificación y provincia y región de residencia. Argentina. Año 2015, hasta semana epidemiológica 40 (actualizado al 20 de octubre de 2015). Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) – Módulos C2 y SIVILA.¹

Provincia/Región	Módulo de notificación			% casos notificados en SIVILA y C2
	SIVILA y C2	SIVILA	C2	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	21	94	31	14,38
Buenos Aires	440	943	450	24,00
Córdoba	719	383	480	45,45
Entre Ríos	33	8	8	67,35
Santa Fe	164	1.361	28	10,56
Centro	1.377	2.789	997	26,67
Mendoza	247	359	419	24,10
San Juan	3	1	2	50,00
San Luis	17	3	14	50,00
Cuyo	267	363	435	25,07
Corrientes	18	20	14	34,62
Chaco	22	18	7	46,81
Formosa	2	2	2	33,33
Misiones	36	46	11	38,71
NEA	78	86	34	39,39
Catamarca	39	87	12	28,26
Jujuy	40	10	15	61,54
La Rioja	—	1	11	—
Salta	598	204	171	61,46
Santiago del Estero	1	1	12	7,14
Tucumán	27	31	172	11,74
NOA	705	334	393	49,23
Chubut	10	14	9	30,30
La Pampa	12	12	7	38,71
Neuquén	41	64	37	28,87
Río Negro	34	10	10	62,96
Santa Cruz	12	8	3	52,17
Tierra del Fuego	7	5	5	41,18
Sur	116	113	71	38,67
Total Argentina	2.543	3.685	1.930	31,17

¹ Se utilizó la información de cada provincia a través de la consulta online al SNVS en el día de la fecha referida. No se toman los registros de casos notificados con residencia desconocida.

Definiciones de caso vigentes:

- Menores de 6 meses: Toda infección respiratoria aguda, con al menos uno de los siguientes síntomas: apnea, cianosis, estridor inspiratorio, vómitos después de toser o tos paroxística.
- Mayores de 6 meses hasta 11 años: Tos de 14 o más días de duración, acompañada de uno o más de los siguientes síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos, sin otra causa aparente.
- Mayores de 11 años: Tos persistente de 14 o más días de duración, sin otra sintomatología acompañante.

La tos convulsa es una enfermedad de vigilancia obligatoria y de notificación inmediata ante la sospecha del caso. Puede obtener la ficha de notificación y las recomendaciones para la realización de las acciones de control haciendo clic [aquí](#).



Caribe: Confirman primer brote de fiebre zika

12 de noviembre de 2015 – Fuente: EFE

La Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA) confirmó el 12 de noviembre el primer brote de fiebre zika en la región tras dar a conocer cinco casos de pacientes infectados por el virus, que transmite el mismo mosquito vector del dengue y la fiebre chikungunya.

“La mejor forma de protegerse de esta enfermedad es evitar las picaduras de mosquitos y evitar la formación de criaderos”, dijo James Hospedales, director ejecutivo de la CARPHA.

La CARPHA no especificó en qué territorio se registró el brote de este virus para el cual “no hay vacuna ni tratamiento”, pero indicó que este año Brasil y República Dominicana –que no pertenecen al organismo regional– reportaron potenciales casos.

“Los síntomas del virus pueden durar de cuatro a siete días. Las complicaciones son raras y no se han reportado muertes relacionadas con el virus”, apuntó la CARPHA.

El virus Zika fue aislado por primera vez en 1947 en muestras de sangre de monos del bosque Zika (Uganda) utilizados en proyectos para controlar la fiebre amarilla.

Se trata de un virus endémico del oeste de África pero ya se han registrado casos de circulación esporádica en Asia y Oceanía, así como una situación epidémica en Malasia y Micronesia en 2007.

El virus provoca síntomas similares a los del dengue y la fiebre chikungunya, tales como dolores musculares, articulares y de cabeza, erupciones en la piel y conjuntivitis.²



Chile: Lanzan una campaña de prevención de la hantavirosis

14 de noviembre de 2015 – Fuente: Ministerio de Salud (Chile)

La Ministra de Salud de Chile, Carmen Castillo Taucher, junto al Subsecretario de Salud Pública, Jaime Eduardo Burrows Oyarzún, y la Alcaldesa de Providencia, María Josefa Errázuriz Guilisasti, lanzaron la campaña comunicacional 2015 para prevenir el Virus Hanta: “Chile te cuida. Previene el contagio del virus Hanta”.

Entregando instrucciones para la correcta instalación de campings, la Ministra de Salud subrayó la importancia de seguir las recomendaciones que se entregan a través de esta campaña, destacando que “la época de primavera y verano es propicia para el desarrollo de la enfermedad, debido a la mayor circulación de visitantes en campos y bosques”.

Este año la campaña está orientada a dos grupos de personas: las que viven o trabajan en el campo y aquellas que van de camping o paseo al aire libre, y se transmite por televisión abierta, radios, prensa escrita y medios digitales, durante todo noviembre.

La Secretaria de Estado recordó que “durante 2015 se han confirmado 48 personas contagiadas, con 21 fallecidos y con 42% de letalidad”. De las personas contagiadas, 31,9% corresponde a trabajadores agrícolas.

A la fecha, las tres regiones que han presentado mayor riesgo de infección son Aysén, Los Ríos y Los Lagos.

¿Qué es el virus Hanta y cómo se contagia?

El síndrome pulmonar por hantavirus es una enfermedad infecciosa aguda, habitualmente grave, que puede ser mortal, presente en Chile desde la década de 1990.

Se transmite al ser humano fundamentalmente a través de la vía respiratoria por inhalar pequeñas gotas frescas o secas, o aire contaminado por contacto con fluidos de ratones colilargos silvestres (*Oligorizomys longicaudatus*) portadores del virus, principalmente a través de las fecas, orina y la saliva que dejan en los matorrales o en espacios cerrados como cabañas y bodegas.

También se puede contagiar por ingerir alimentos o agua contaminada con orina, heces o saliva de estos roedores; tener contacto directo con excrementos o secreciones de ratones infectados (por ejemplo, tocar ratones, vivos o muertos, con las manos descubiertas; tener contacto directo de heridas con ratones o su orina, saliva o heces); contacto con cualquier objeto donde haya sido depositado el virus (herramientas, utensilios, muebles, ropa) y luego acercar la mano a la nariz, ojos o boca; o ser mordido por un ratón infectado.



² La CARPHA da cobertura a Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Belize, Bermuda, Bonaire, St. Eustatius, Saba, British Virgin Islands, Cayman Islands, Curacao, Dominica, Grenada, Haití, Guyane, Jamaica, Montserrat, Saint Kitts and Nevis, Saint Lucia, St. Maarten, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago y Turks and Caicos Islands.

Recomendaciones para evitar contagios:

Personas que viven o trabajan en el campo:

- Ventilar por 30 minutos los lugares cerrados por largo tiempo. Después de ventilar, rociar el suelo y superficies con agua y cloro. Luego limpiar y barrer.
- Mantener el exterior limpio, libre de maleza y basura.
- Usar guantes y mascarilla para limpiar y desmalezar, especialmente la quila (*Chusquea quila*).
- Depositar la basura en recipientes cerrados con tapa.
- Sellar y desratizar galpones y bodegas.
- Mantener los alimentos y agua fuera del alcance de los roedores, almacenándolos siempre en envases herméticos.
- Evitar el ingreso de los roedores a las viviendas, tapando orificios y cavidades por donde puedan entrar.
- No matar zorros, culebras y lechuzas, pues protegen de los roedores.

Personas que van de camping o paseo al aire libre:

- Caminar sólo por senderos habilitados. No internarse entre matorrales y pastizales.
- Elegir campings autorizados, limpios y libres de matorrales y pastizales.
- Mantener el exterior limpio, libre de maleza y basura.
- Depositar la basura en recipientes cerrados con tapa.
- Sellar y desratizar galpones y bodegas.
- Usar carpas con piso, cierre y sin agujeros.
- Guardar alimentos en envases resistentes y cerrados. No dejar ollas y utensilios al alcance de los ratones.
- No recolectar ni consumir frutos silvestres.
- Beber sólo agua segura (potable, envasada, hervida o desinfectada).



Estados Unidos: Se disparan los casos de sífilis congénita

13 de noviembre de 2015 – Fuente: *Morbidity and Mortality Weekly Report*

En Estados Unidos, los casos de recién nacidos con sífilis, una infección de transmisión sexual que la mujer puede transmitirle al feto durante el embarazo, aumentaron 38% entre 2012 y 2014, hasta alcanzar el nivel más alto en una década.

Los bebés con sífilis congénita enfrentan una gran cantidad de riesgos, que incluyen daño cerebral, complicaciones de salud e incluso la muerte.

La enfermedad fue detectada en 11,6 cada 100.000 nacimientos en 2014 (458 casos), en comparación con 8,4 en 2012 (334 casos). La cifra es la más elevada desde 2001.

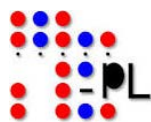
Todos los grupos raciales y étnicos experimentaron un alza en la incidencia de casos: el mayor aumento porcentual lo registraron las blancas (61%), en comparación con las hispanas y negras (39% y 19%). Sin embargo, las negras e hispanas dieron a luz a más bebés con la infección: 225 y 110 recién nacidos, respectivamente, frente a los 80 casos de las blancas.

La ausencia de cuidado prenatal fue uno de los factores más importantes del incremento: de las 458 madres de infantes con sífilis congénita en 2014, 100 (21,8%) aseguraron no haberse realizado chequeos durante el embarazo, mientras que no se encontró información de otras 44 (9,6%).

A pesar de que la infección es fácilmente tratable con penicilina si se detecta durante el embarazo, 135 mujeres no recibieron tratamiento contra la enfermedad. De ellas, 21 mujeres ni siquiera fueron examinadas en búsqueda de sífilis.

Las más vulnerables son todas aquellas sin seguro médico o con problemas de adicción.

Obstetras y ginecólogos recomiendan que todas las mujeres embarazadas se sometan a exámenes de sangre en búsqueda de infecciones de transmisión sexual como la sífilis o la clamidiosis, a pesar de la ausencia de síntomas evidentes.³



Guatemala: La crisis del sistema de salud tiene en vilo a las autoridades

14 de noviembre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Las autoridades guatemaltecas procuran hoy calmar la inconformidad ciudadana con el agravamiento de la crisis en el sistema de salud pública, reflejada en la falta de medicamentos, en el cierre de consultas externas y otras anomalías.

Desde hace varios días el ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Mariano Rayo Muñoz, recorre varias unidades asistenciales y el 14 de noviembre llegó a analizar el techo presupuestario en el Hospital Regional de Occidente 'San Juan de Dios', en Quetzaltenango.

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Esas visitas y análisis responden a una demanda de la Procuraduría de Derechos Humanos, que pidió implementar medidas inmediatas para enfrentar la crisis, hacer una reforma del sistema y hacer un uso racional y apegado a las necesidades y a la realidad del país de los recursos existentes.

La institución calificó la crisis que enfrenta el sistema de salud como la peor de toda la historia de Guatemala, con base en los datos acopiados durante varias supervisiones a las unidades vinculadas al mismo.

Desde el 9 de noviembre, tres hospitales públicos cerraron sus consultas externas por falta de pago a sus trabajadores: los de los departamentos sureños Amatitlán y Jutiapa, así como el del occidental departamento de Quetzaltenango.

Una semana antes el capitalino Hospital 'Roosevelt', uno de los principales de la red pública de Guatemala, también cerró sus consultas externas por falta de medicamentos y el impago a los 75 médicos que trabajan allí.

Según la Procuraduría, los 44 hospitales públicos operan con la partida de 2014 y ello es causa del profundo déficit presupuestario que enfrentan, del aumento de la deuda a los proveedores y de la negativa de estos a continuarlos abasteciendo de insumos.

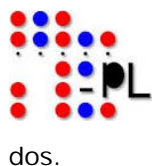
Tales problemas podrían llevar a la suspensión de los servicios que presta el sistema de salud del Estado y por consiguiente, a la violación a los derechos humanos, a la vida y a la salud de la población guatemalteca, alertó.

Mientras el presidente de Guatemala, Alejandro Baltazar Maldonado Aguirre, asocia esa situación a los gastos afrontados por el Gobierno por concepto de pagos de salarios atrasados a médicos del sector, equivalentes a más de 7,8 millones de dólares y al incremento de la demanda de los servicios en esas instituciones por la gran cantidad de personas heridas por hechos de violencia o accidentes de tránsito.

En tanto el gobernante electo, Jimmy Morales, optó por hacer un donativo al Hospital 'Roosevelt' consistente en una gran variedad de medicamentos e insumos como vendajes y alcohol.

Explicó que tal entrega pudo hacerla gracias a la contribución de algunos amigos y para ayudar en la crisis hospitalaria que sufre el país.

El mundo



Bahrein: Las autoridades de salud declaran al país libre de cólera

14 de noviembre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

El Ministerio de Salud de Bahrein declaró hoy al reino libre de cólera tras descartar la existencia de nuevos casos y asegurar que los ocho detectados días atrás recibieron tratamiento y están recuperados.

El jefe del Departamento de Control de Enfermedades de dicho ministerio, Adel al-Sayyad, afirmó que desde la recuperación de las personas infectadas que habían viajado a Irak, no se detectó ningún otro contagio, y eso es un indicador positivo.

Al-Sayyad explicó que entre esos ocho casos, sólo dos requirieron ser internados en el Complejo Médico Salmaniya debido a que sufrían dolencias crónicas, pero ya fueron dados de alta y no constituyen una amenaza para que se propague la enfermedad.

De acuerdo con el funcionario, la situación en este reino árabe es segura y no hay sospechas de nuevos afectados, gracias a que el Ministerio de Salud intensificó las precauciones a través de la prensa y campañas de sensibilización ciudadana.

Autoridades del Departamento de Control de Enfermedades se reunieron con representantes del mencionado complejo médico y de otros centros de salud para activar protocolos de vigilancia y planes destinados a prevenir un brote de cólera como el detectado en Irak.

"Bahrein no conocía casos de cólera desde hacía años gracias a su sistema de atención temprana y se mantiene en permanente contacto con la Organización Mundial de la Salud para actualizarse de la evolución del mal", dijo al-Sayyad.



India lucha contra la malnutrición

13 de noviembre de 2015 – Fuente: Inter Press Service

En la penumbra de su choza, en la aldea de Berdaballa, Babita Mavaskar observa cómo una paramédica revisa a su bebé recién nacido hasta que sale y declara: "Está todo bien; el peso, la temperatura y la talla, todo es normal".

Los conocidos que aguardaban afuera respiran aliviados.

La comunidad tribal del oeste de India lucha, con ayuda de médicos y paramédicos, contra dos males que han perturbado su vida desde hace décadas: el hambre crónica y la severa malnutrición. Es una saga interminable de pobreza crónica y hambre extrema.

Berdaballa es una de las 312 aldeas tribales de la reserva de tigres Melghat, uno de los destinos turísticos más populares de India, a 610 kilómetros de la ciudad india de Mumbai. Pero desde fines de la década de 1990, cientos de niños mueren al año, la mayoría por malnutrición aguda.



La trabajadora de la salud Urmila Kasdekar revisa a un recién nacido en la aldea de Berdaballa, en el oeste de India.

(PNUD), India redujo la pobreza extrema a la mitad en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la que pasó de 49,4% en 1994, a 24,7% en 2011.

Pero los avances de este país en la erradicación del hambre son lentos. Todavía concentra a 25% de la población mundial subalimentada, más de un tercio de los menores de bajo peso y casi un tercio de las personas que sufren inseguridad alimentaria.

El médico Ambadas Adhav, que trabaja para MAHAN Trust en Melghat, dijo que 90% de los pobladores tienen pequeños solares y no pueden vivir de sus huertas, las que dependen de las lluvias, por lo que de noviembre a junio hay una migración masiva de gente en busca de trabajo en las ciudades.

“Pero como tienen poca o ninguna formación, los pobladores de los bosques suelen sufrir explotación laboral en la ciudad”, acotó Adhav.

En agosto, el esposo de Babita, Kashiram Mavaskar, pasó a ser jornalero en Akola, una ciudad a 150 kilómetros de la aldea, para poder sustentar a sus padres ancianos y de su esposa embarazada. Pero con las 50 rupias (unos 70 centavos de dólar) al día que gana, muy por debajo del salario mínimo de 366 rupias (5,5 dólares), le es difícil ahorrar y regresar a casa.

“Ahora que llegó el bebé, quiero que mi esposo esté en casa. Pero dice que no será posible porque todavía no tiene dinero”, relató Babita, de 28 años.

El círculo vicioso de hambre y pobreza crónica se agrava con el matrimonio precoz, otra de las razones de la generalizada malnutrición en Melghat.

“Las niñas suelen casarse antes de los 15 o 16 años. Cuando tienen hijos, los bebés tienen bajo peso, causando una grave malnutrición y enfermedades relacionadas, que suelen ser causa de muerte”, explicó Adhav.

Suman Madhu, de la vecina aldea de Semadoh, se casó en 2014 a los 16 años; a los 17 tuvo un aborto espontáneo cuando tenía seis semanas de embarazo. Desde entonces, se encuentra muy frágil como para levantarse de la cama.

“Sus brazos son como el puño de un niño. Los médicos dijeron que se casó muy joven, pero en nuestra comunidad, todas las niñas se casan a esa edad”, explicó su tía Sindhu Bai.

En la vecina Maharashtra, la prevalencia del bajo peso en menores de cinco años es de 37%, según datos oficiales.

“El gobierno tiene como prioridad los asuntos de malnutrición e implementa varios programas y mecanismos como intervenciones directas”, indicó Maneka Sanjay Gandhi, ministra del Desarrollo para la Mujer y la Infancia.

Entre los programas destacan Servicios Integrados de Desarrollo Infantil (ICDS) y el Esquema para el Empoderamiento de las Adolescentes ‘Rajiv Gandhi’ (RGSEAG).

La paramédica Urmila Kasdekar dijo que la combinación de información adecuada, centros de salud y nutrición de bajo costo son claves para terminar con la malnutrición en las comunidades tribales.

Los talleres incluyen información sobre cómo la mala alimentación y el matrimonio precoz complican el parto y perjudican la salud del bebé. Además, les enseñan a preparar complementos alimenticios caseros, les explican la importancia del calcio y del ácido fólico y les presentan los programas estatales de atención a madres y niños.

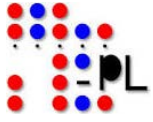
Por último, alienta a las familias a tener su propia huerta.

Gracias a todo ese trabajo, las 15 aldeas donde trabaja MAHAN Trust no tienen casos de malnutrición severa, la que cayó de 75% a menos de 4%, lo que no está mal según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), subrayó Adhav.

A medida que el país entra en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, debe haber una mejor relación entre la erradicación de la pobreza y los logros en materia de salud, coinciden los especialistas.

“No podemos poner fin a las muertes por malnutrición sin relacionar todos los factores del desarrollo social que la causan como la pobreza, la alimentación, la escasez de agua y la falta de alternativas para ganarse la vida”, subrayó Satav.

“También debemos generar mayor conciencia, ofrecer más información y motivar a los prestadores de salud a mejorar sus servicios”, añadió.



Pakistán: Aumentan a 40 los casos de poliomielitis

14 de noviembre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

Con la detección de un nuevo caso de poliomielitis en la occidental ciudad pakistani de Peshawar, aumentaron a 40 los casos de esta enfermedad en todo el país, informaron hoy autoridades de salud.

Según un reporte de la Junta de Monitoreo Independiente, el Valle de Peshawar y las Áreas Tribales bajo Administración Federal, en el occidente de esta nación, constituyen el último reservorio natural del virus a nivel mundial, por lo que es necesario hacer un seguimiento en la región.

El gobierno planea contratar voluntarios de la propia comunidad, ya que los habitantes de esas zonas tribales prohíben la entrada a los miembros del equipo de vacunación contra la poliomielitis, señala el texto.

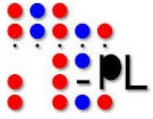
“Los especialistas esperan en las inmediaciones de los poblados, a donde son llevados los niños para ser vacunados”, explicó el Dr. Rana Safdar, jefe del Centro de Operaciones de Emergencia.

“El último niño afectado pertenecía a una familia que había rechazado la vacuna”, añadió el funcionario.

En las zonas tribales corre el rumor de que la campaña contra la poliomielitis forma parte de una operación clandestina de espionaje de Estados Unidos. A ello se suma que en esos territorios, donde las costumbres y tradiciones están muy arraigadas, muchos líderes tribales y religiosos rechazan las campañas de vacunación.

Durante este año, se han registrado 15 casos en la provincia de Khyber Pakhtunkhwa, 13 en las Áreas Tribales, seis en Beluchistán, cinco en Sindh y uno en Punjab.

No obstante, la Junta de Monitoreo Independiente reportó una mejoría en los esfuerzos de Pakistán contra la poliomielitis, con 90% de éxito en las últimas campañas realizadas.



Vietnam planea expandir la terapia antirretroviral contra el VIH/sida

16 de octubre de 2015 – Fuente: Prensa Latina (Cuba)

La terapia antirretroviral contra el VIH/sida será extendida en Thành Phố Hồ Chí Minh a los hospitales generales del nivel distrital, como parte de la estrategia nacional frente a esa enfermedad hasta el 2020.

El objetivo es alcanzar la meta de proporcionar ese tipo de tratamiento a 90% de los pacientes de la sureña urbe diagnosticados con el VIH.

Actualmente, la terapia es ofrecida en los 33 hospitales de nivel de ciudad y centros de salud preventiva de los distritos, de acuerdo con informaciones procedentes de ese territorio.

La iniciativa se desarrolla de manera piloto también en las norteñas provincias de Điện Biên, Sơn La, Nghệ An y Thanh Hóa, como apoyo además a la estrategia de acción acelerada del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, para acabar con la epidemia del mal hacia 2030.

Nguyễn Hoàng Long, director del Departamento de Prevención del Sida local, dijo que el número de pacientes con VIH en Thành Phố Hồ Chí Minh representa 30% del total del país.

De acuerdo con informaciones recientes, el próximo plan quinquenal de prevención y lucha contra el VIH de Vietnam se concentrará en el control de la tasa de los portadores por debajo de 0,3% y reducir sus impactos en el desarrollo socioeconómico nacional.

Ese programa planea que 80% de la población nacional de 15 a 49 años de edad tenga suficientes conocimientos sobre el virus sin discriminación contra las víctimas de este, a la vez que 90% de los portadores conozcan su situación de salud y reciban el tratamiento antirretroviral.

Entre los éxitos del plan 2011-2015 al respecto destaca que unos 400.000 infectados con el VIH en Vietnam se liberaron de la muerte por causa del sida.

La nación asiática cuenta con 227.114 casos de VIH, de ellos 71.115 personas son pacientes con Sida, mientras que se reportaron 76.588 fallecidos por el mal, de acuerdo con cifras oficiales divulgadas a fines del pasado mes de septiembre.



La mayoría de los países no están preparados para abordar el impacto del cambio climático en la salud

12 de noviembre de 2015 – Fuente: World Federation of Public Health Associations

Un informe de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA) revela que muchos países no están preparados para abordar el impacto del cambio climático en la salud de sus ciudadanos y hay muchas “lagunas” para responder a los riesgos que puede ocasionar.

El trabajo se basa en un análisis de las políticas puestas en marcha en 15 países desarrollados y 20 en vías de desarrollo, y las conclusiones muestran como algunos “se están quedando atrás” en el desarrollo de iniciativas para prevenir los impactos adversos que puede causar el cambio climático para la salud.

En concreto, se observa como la mitad (51%) de los países analizados aún no han desarrollado un plan nacional adecuado para prevenir los efec-



tos del cambio climático en la salud, ya que la mayoría (77%) ni siquiera ha identificado de forma exhaustiva qué riesgos puede ocasionar para la salud.

Ante estos datos, el presidente de la WFPHA, Mengistu Asnake, anima a todos los gobiernos a “responder a las evidencias sobre los riesgos para la salud y desarrollar planes de cambio climático y salud para proteger a sus ciudadanos”.

“Sobre todo, porque está demostrado que algunas iniciativas como las políticas de reducción de emisiones de dióxido de carbono puede proporcionar beneficios netos y evitar costos en salud diez veces mayores que el costo de esas mismas políticas”, añadió.

“Pueden ofrecer ahorros relevantes en los presupuestos sanitarios reduciendo la enfermedad y promoviendo la productividad si al mismo tiempo mejoran la calidad del aire y una vida más activa”, defendió Asnake.⁴

Journal of
Occupational
Health
Psychology

Las causas principales por las que las personas van a trabajar estando enfermas

9 de noviembre de 2015 – Fuente: *Journal of Occupational Health Psychology*

Según un trabajo de investigadores de Gran Bretaña y Canadá, el llamado ‘presencialismo’ laboral surge por dos causas principales: un gran sentido del compromiso, o altas dosis de inseguridad.

En una oficina cualquiera, hay personas realizando su trabajo con normalidad, mientras otras están en casa enfermas. Luego, hay una tercera categoría, la denominada ‘presentista’, que va a trabajar siempre aunque no se encuentre bien.

El estudio intenta ahora desentrañar las razones y presiones que llevan a las personas a hacer esto, ya que existen consecuencias evidentes tanto para la salud pública (especialmente durante periodos como la temporada de influenza) como para las empresas, que quieren obtener el máximo rendimiento de sus trabajadores.

El estudio indica que hay dos tipos diferentes de empleados que van a trabajar pese a encontrarse mal: por un lado, los que se sienten vulnerables porque su situación económica y profesional les provoca estrés, o porque sufren una enfermedad crónica; y, por otro, aquellos a los que les gusta mucho su trabajo y les resulta difícil mantenerse alejados de él.

“Trabajar mientras se está mal puede agravar los efectos de la enfermedad inicial y dar como resultado malas actitudes en el trabajo. Pero las posibles consecuencias de ausentarse propician que los empleados vayan a trabajar enfermos o que regresen antes de estar totalmente recuperados”, señala Mariella Miraglia, autora principal de la investigación.

Presentismo laboral

Con el objetivo de entender mejor el presentismo laboral, los investigadores Mariella Miraglia de la Universidad de East Anglia (Gran Bretaña) y Gary Johns de la Universidad de Concordia (Canadá) han llevado a cabo un metaanálisis de 61 estudios anteriores con un total de 175.960 participantes.

Entre otras cosas, el dúo de investigadores descubrió que las variables correlacionadas con el presentismo “incluyen la mala salud en general y la severidad de la empresa respecto a las ausencias, aunque estén justificadas. También una exigencia alta, el estrés, la falta de recursos laborales y experiencias negativas, como la discriminación percibida”.

Uno de los hallazgos clave de la investigación es que este comportamiento surge muchas veces de un gran sentido de compromiso con la empresa, algo que motiva a dar ese esfuerzo extra que atenta contra la salud.

El trabajo también señala que los empleados que están en un ambiente laboral de apoyo y con buena relación con sus supervisores, no se sienten presionados para ir al trabajo durante una enfermedad. Además, están más satisfechos laboralmente y tienen mejor salud.⁵



PNAS

Las personas asintomáticas con dengue pueden transmitir el virus a los mosquitos

9 de noviembre de 2015 – Fuente: *Proceedings of the National Academy of Sciences*

Las personas asintomáticas infectadas con el virus Dengue pueden transmitirlo a los mosquitos y eso representa un riesgo, pues están más expuestas a estos insectos que las que saben que están enfermas.

Hasta ahora, se asumía que los niveles del virus en la sangre de las personas asintomáticas eran demasiado bajos para que pudieran infectar a los mosquitos.

Philippe Buchy, investigador del Instituto Pasteur de París, y su equipo quisieron poner a prueba esa asunción con un experimento en el que inyectaron a mosquitos de laboratorio sangre de 181 personas con niveles detectables del virus.

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

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

Los científicos descubrieron que los individuos asintomáticos transmitieron el dengue a pesar de tener menor nivel del virus en la sangre.

Con estos datos, el estudio concluye que las infecciones de dengue a través de personas asintomáticas pueden contribuir a la transmisión del virus más de lo que se pensaba hasta el momento, sobre todo porque estos individuos están más expuestos a los mosquitos que los que ya saben que están enfermos y se encuentran reclusos en su casa o en un hospital.

Un 75% de las infecciones de dengue anuales se detecta a través de un análisis de sangre pero sin síntomas clínicos previos evidentes.

Más de una tercera parte de la población mundial vive en áreas con riesgo de infección y este virus es una causa principal de enfermedad y muerte en los trópicos y subtropicos, según los datos de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Más de 400 millones de personas contraen al año esta enfermedad, que está causada por uno de los cuatro virus relacionados y que son transmitidos por los mosquitos *Aedes aegypti* y, en menor grado, *Ae. albopictus*.

Todavía no hay vacunas para prevenir la infección por el virus del dengue y las medidas de protección más eficaces son las que evitan las picaduras de mosquitos.

Cuando ocurre la infección, la identificación temprana y el tratamiento de asistencia oportuna pueden disminuir de manera significativa el riesgo de complicaciones médicas y de muerte.

El dengue emergió como un problema global tan solo desde la década de 1950.⁶

nature

Descubren un nuevo coronavirus que puede pasar directamente de los murciélagos a los humanos

9 de noviembre de 2015 – Fuente: *Nature*

Los científicos han descubierto un nuevo virus, similar al del síndrome respiratorio agudo severo (SARS), que puede saltar de los murciélagos a los humanos, lo que provocó temores de una epidemia en el futuro.

Advierten que no hay tratamiento para el virus, denominado SHC014-CoV, que puede cruzar la brecha entre especies sin la necesidad de mutar.

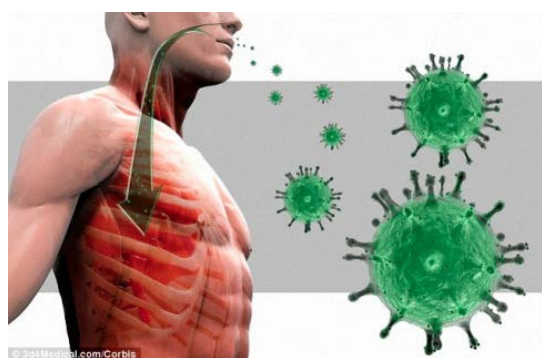
Pero, advierten, todavía no está claro si la enfermedad tiene la capacidad de propagarse de humano a humano.

El Dr. Ralph Baric, de la Universidad de North Carolina, y autor principal del artículo, dijo: “Los estudios han predicho la existencia de cerca de 5.000 coronavirus en las poblaciones de murciélagos y algunos de ellos tienen el potencial para emerger como patógenos humanos. Así que esto no es una situación de ‘sí habrá’ un brote causado por uno de estos coronavirus, sino de ‘cuándo y cómo’ prepararnos para enfrentarlo”.

El descubrimiento pone de relieve un debate en curso sobre la decisión del gobierno estadounidense de suspender todos los experimentos sobre ganancias de función en una variedad de agentes seleccionados, a principios de este año. La medida ha impuesto un punto muerto sustancial en el desarrollo de vacunas o tratamientos para estos patógenos que podrían causar un brote.

El SARS saltó por primera vez de los animales a los seres humanos en el año 2002 a 2003, provocando un brote mundial con alrededor de 8.000 casos diagnosticados, incluyendo uno en la Universidad de North Carolina, en Chapel Hill. Casi 800 personas perdieron la vida durante el brote.

El coronavirus causante del SARS (SARS-CoV) provoca síntomas muy similares a los de la influenza, pero puede acelerarlos, comprometiendo la respiración y evolucionando a una forma mortal de neumonía.

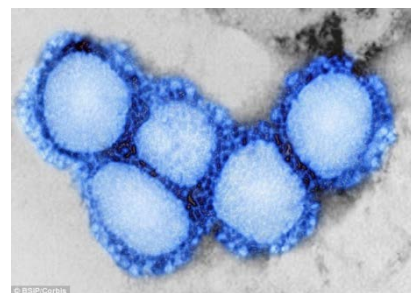


El brote fue controlado a través de intervenciones de salud pública, y el virus original no ha sido detectado desde 2004.

Baric y su equipo demostraron que este virus similar al del SARS recientemente identificados –denominado SHC014-CoV–, puede saltar desde su reservorio, el murciélago de herradura chino (*Rhinolophus xinanzhongguensis*).

El virus se acopla al mismo receptor que el virus del SARS, permitiendo que se transmita a los seres humanos.

Además, el equipo descubrió el nuevo virus también se replica como el SARS-CoV en las células pulmonares primarias humanas, el objetivo preferido para la infección.



⁶ Es un estudio interesante que resalta el papel de las infecciones subclínicas –o portadores asintomáticos– en su papel de reservorios de las enfermedades transmisibles en general y del dengue en particular. De allí enfatizar más la importancia de las medidas de prevención, tratándose de una enfermedad contra la cual no hay vacunas ni tratamiento etiológico. Se acerca el verano en el Hemisferio Sur con un fenómeno de El Niño que tendrá una intensidad moderada a severa, con lluvias e inundaciones en muchos lugares; en otras palabras, favoreciendo las condiciones de reproducción del vector. Es de esperar que ya se estén tomando las medidas preventivas en forma seria.

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

Baric, que trabaja en la Escuela Gillings de Salud Pública Global de la universidad, y es experto en coronavirus, añadió: “Este virus es altamente patógeno y el tratamiento desarrollado contra el SARS-CoV original de 2002 y la droga ZMapp® usada para combatir el virus del Ébola no logran neutralizar y controlar este virus en particular. Así que los recursos, en lugar de limitarlos, tanto para examinar las poblaciones de los animales en busca de nuevas amenazas y desarrollar la terapéutica serán clave para limitar futuros brotes”.⁷



La mortalidad materna se ha reducido 44% desde 1990

12 de noviembre de 2015 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

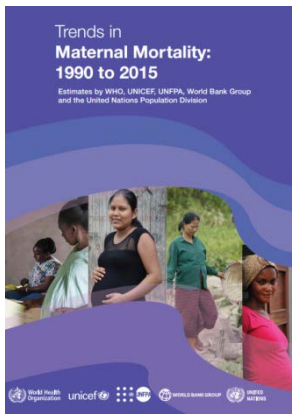
Según han informado el 12 de noviembre agencias de la Organización de Naciones Unidas y el Grupo del Banco Mundial, la mortalidad materna ha disminuido 44% desde 1990.

De acuerdo con el informe *Tendencias en Mortalidad Infantil: 1990 a 2015*⁸, el último de una serie que ha analizado los avances realizados hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las defunciones maternas en el mundo se redujeron de 532.000 en 1990 a una cifra estimada de 303.000 en el presente año. Esto equivale a una razón de mortalidad materna (RMM) del orden de 216 defunciones maternas cada 100.000 nacidos vivos, frente a 385 en 1990.



Se entiende por mortalidad materna el deceso de una mujer durante el embarazo, el parto o las seis semanas posteriores al parto.

La Dra. Flavia Bustreo, subdirectora general del Departamento de Salud de la Familia, la Mujer y el Niño de la Organización Mundial de la Salud (OMS), explicó que “los ODM han dado un impulso sin precedentes en la reducción de la mortalidad materna. En los últimos 25 años hemos conseguido reducir casi a la mitad el riesgo de que las mujeres fallezcan por causas relacionadas con el embarazo. Se trata de un progreso importante, aunque no suficiente. Sabemos que para 2030 es posible poner fin casi por completo a estas muertes, y nos comprometemos a trabajar para lograrlo”.



Al garantizar el acceso a servicios sanitarios de calidad durante el embarazo y el parto, se ayuda a salvar vidas. Hay intervenciones que son básicas, entre ellas: mantener una higiene adecuada para reducir el riesgo de infección, inyectar oxitocina inmediatamente después del parto para reducir el riesgo de hemorragia grave, diagnosticar y tratar problemas potencialmente mortales como la hipertensión inducida por el embarazo, y garantizar el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar.

Avances desiguales

A pesar de la mejora alcanzada en las cifras mundiales, sólo 9 países (Bhután, Cabo Verde, Camboya, Irán, Maldivas, Mongolia, República Democrática Popular Lao, Rwanda y Timor-Leste) alcanzaron la meta del ODM 5 consistente en reducir la RMM al menos en 75% entre 1990 y 2015. No obstante, a pesar de este importante avance, la RMM continúa siendo en algunos de estos países superior a la media mundial.

Geeta Rao Gupta, Directora Ejecutiva Adjunta del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), señaló que “como hemos visto con todos los ODM relacionados con la salud, para reducir la mortalidad materna es necesario que el fortalecimiento de los sistemas de salud se acompañe de mejoras en otras áreas. La educación de las mujeres y las niñas, en particular de las que pertenecen a los grupos más marginados, es fundamental para su supervivencia y la de sus hijos. La educación les permite adquirir los conocimientos necesarios para rechazar prácticas tradicionales que acarrear riesgos para ellas y para sus hijos”.

A fines de este año, alrededor de 99% de las muertes maternas habrán ocurrido en regiones en desarrollo. Solamente en África Subsahariana se registran dos de cada tres defunciones (66%). Sin embargo, este dato revela una importante mejora: en esta región, la RMM descendió casi 45% (de 987 cada 100.000 nacidos vivos en 1990, a 546 en 2015).

La región que más avanzó fue Asia Oriental, donde la RMM se redujo de 95 a 27 cada 100.000 nacidos vivos (una disminución de 72%). En las regiones desarrolladas, la mortalidad materna se redujo 48% entre 1990 y 2015, pasando de 23 a 12 cada 100.000 nacidos vivos.

Hacia la eliminación de la mortalidad materna evitable

El objetivo de la nueva Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes, presentada en septiembre de 2015 por el Secretario General de las Naciones Unidas, es ayudar a alcanzar la ambiciosa meta incluida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir la RMM mundial a menos de 70 cada 100 000 nacidos vivos. Para ello será necesario triplicar con creces el ritmo de los avances y pasar de la mejora anual de 2,3% de la RMM registrada entre 1990 y 2015 a 7,5% anual a partir del próximo año.

La Estrategia Mundial hace hincapié en la necesidad de reforzar el liderazgo de los países movilizando recursos nacionales e internacionales para mejorar la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes. Será importante for-

⁷ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (requiere suscripción).

⁸ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

talecer los sistemas de salud para que puedan prestar una atención de calidad en todos los ámbitos, promover la colaboración intersectorial y facilitar información a los individuos y comunidades para que tomen decisiones con conocimiento de causa sobre su salud y para que exijan la atención de calidad que necesitan. En la Estrategia se subraya que es imprescindible una atención especial en circunstancias en que la mortalidad materna suele ser mayor, como las crisis humanitarias y los entornos vulnerables.

Como señala el Dr. Tim Evans, Director superior del Grupo del Banco Mundial para Salud, Nutrición y Población, “el ODS de poner fin a la mortalidad materna para 2030 es ambicioso, pero se puede alcanzar si redoblamos nuestros esfuerzos. El objetivo del Mecanismo Mundial de Financiamiento establecido recientemente para respaldar la iniciativa ‘Todas las mujeres, todos los niños’ es ofrecer una financiación pertinente, sostenible y ampliable que ayude a los países a prestar los servicios básicos de salud que necesitan las mujeres y los niños”.

Es necesario mejorar la calidad de los datos

Las estimaciones de la mortalidad materna de 2015, con una fuerte tendencia a la reducción a lo largo de los años, reflejan los enormes progresos realizados para lograr el ODM 5. Paralelamente, la mayor y mejor información que facilitan muchos países ha permitido disponer de cifras absolutas más exactas.

Los esfuerzos por mejorar los datos y la rendición de cuentas, sobre todo en los últimos años, han ayudado a impulsar estos progresos. Sin embargo, queda mucho camino por recorrer para establecer sistemas completos y exactos de registro civil y estadísticas vitales que incluyan los nacimientos, las defunciones y las causas de estas.

Por otro lado, estas evaluaciones y revisiones de las muertes maternas son necesarias para entender por qué, dónde y cuándo se producen estas defunciones, y también qué se puede hacer para prevenirlas. Desde 2012, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y sus asociados disponen de un sistema de vigilancia y respuesta ante la mortalidad materna para detectar y notificar oportunamente todas las defunciones maternas, así como para analizar sus causas y los métodos más adecuados para prevenirlas. Cada vez son más los países de bajos y medianos ingresos que utilizan este sistema.

Publicidad relacionada con la salud



Centers for Disease Control and Prevention (2009. Estados Unidos).

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.