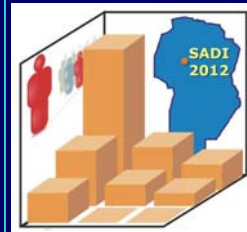


Reporte Epidemiológico de Córdoba

Publicación independiente

Córdoba – República Argentina

Sede del XII Congreso de la Sociedad Argentina de Infectología 2012



759

28/09/2011

Una publicación de los Servicios de Infectología del Hospital Nuestra Señora de la Misericordia del Nuevo Siglo, Sanatorio Francés, Sanatorio del Salvador y Clínica Romagosa, de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

Comité Editorial: Ángel Mínguez, Ílide Selene De Lisa, Enrique Farías, Germán Bernardi, Lorena Ravera, Lola Voza, Lorena Orellano, Ruth Brito, Soledad Frola y Ana L. Sánchez.

Índice de noticias

(Haciendo clic sobre el titular accederá directamente a la noticia)

Noticias de Argentina

Argentina: Vigilancia de síndrome de rubéola congénita

Noticias de América

Colombia: Indígenas denuncian muerte de niños en el Meta por presencia de petroleras

Estados Unidos: Expertos revisan las directrices para la vacunación contra la tos convulsa

Estados Unidos, California: Reportan ataques de abejas

Noticias del mundo

Asia: 256 muertos y millones de afectados por las inundaciones en el sudeste de la región

Australia: Los casos de clamidiosis alcanzan niveles epidémicos entre los jóvenes

España, Madrid: Alerta por el aumento de casos de sarampión

España: Proponen penalizar económicamente a los profesionales sanitarios que no se vacunen contra la gripe

Japón, Fukushima: El área contaminada por el reactor podría superar los 2.000 km²

OMS: Afrontar el reto mundial de garantizar un aire limpio

OMS: En 2010 murieron 12.000 niños menos diariamente que en 1990

Pakistán: La OMS refuerza campaña contra el dengue

La Alianza GAVI llega a 37 países

Hallan una forma de evitar la respuesta fatal que los virus provocan a algunas personas

El uso de las redes sociales para fortalecer sistemas de salud

Noticias de Argentina

Argentina: Vigilancia de síndrome de rubéola congénita

18 de septiembre de 2011 – Fuente: Boletín Integrado de Vigilancia – Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios – Ministerio de Salud de la Nación (Argentina)



Situación actual

Dado que en Argentina no existe un registro oficial de casos de síndrome de rubéola congénita (SRC), con la implementación de la vigilancia integrada sarampión/rubéola en 2003 se inicia la de detección de casos por ficha específica.

En la Figura 1 se puede apreciar la evolución de la tasa de notificación en los últimos años, sin alcanzar el estándar. La tasa de notificación esperada en un sistema de vigilancia de calidad es de un caso sospechoso de SRC por cada 10.000 nacidos vivos.

Hasta la semana epidemiológica 37 (SE 37) de 2011 se ha alcanzado una tasa de notificación mayor a la lograda en los años previos, pero aún lejos de alcanzar el estándar de calidad.

Hasta la SE 37 se ha notificado un total de 41 casos sospechosos de SRC. No se han confirmado casos de SRC desde el año 2009 en el país.

Un importante porcentaje de estos casos ha sido notificado por laboratorio, faltando la investigación epidemiológica y dependiendo de la notificación del laboratorio para iniciar las acciones de control.

Es importante sospechar y diagnosticar el SRC en forma temprana, pues la corrección oportuna de problemas como cataratas, evitará secuelas mayores, debido a que la falta de estímulo óptico antes de los tres meses puede ocasionar ceguera definitiva. Asimismo un tratamiento oportuno de la sordera disminuye las repercusiones en el habla y el desarrollo socio-afectivo del paciente, condiciones fundamentales para promover el desarrollo psicomotor.

Figura 1. Tasas de notificación de síndrome de rubéola congénita (SRC) por 10.000 nacidos vivos. República Argentina. Años 2009/2011 (2011 hasta SE 37). Fuente: Vigilancia Integrada de Sarampión/Rubéola, Ministerio de Salud de la Nación.

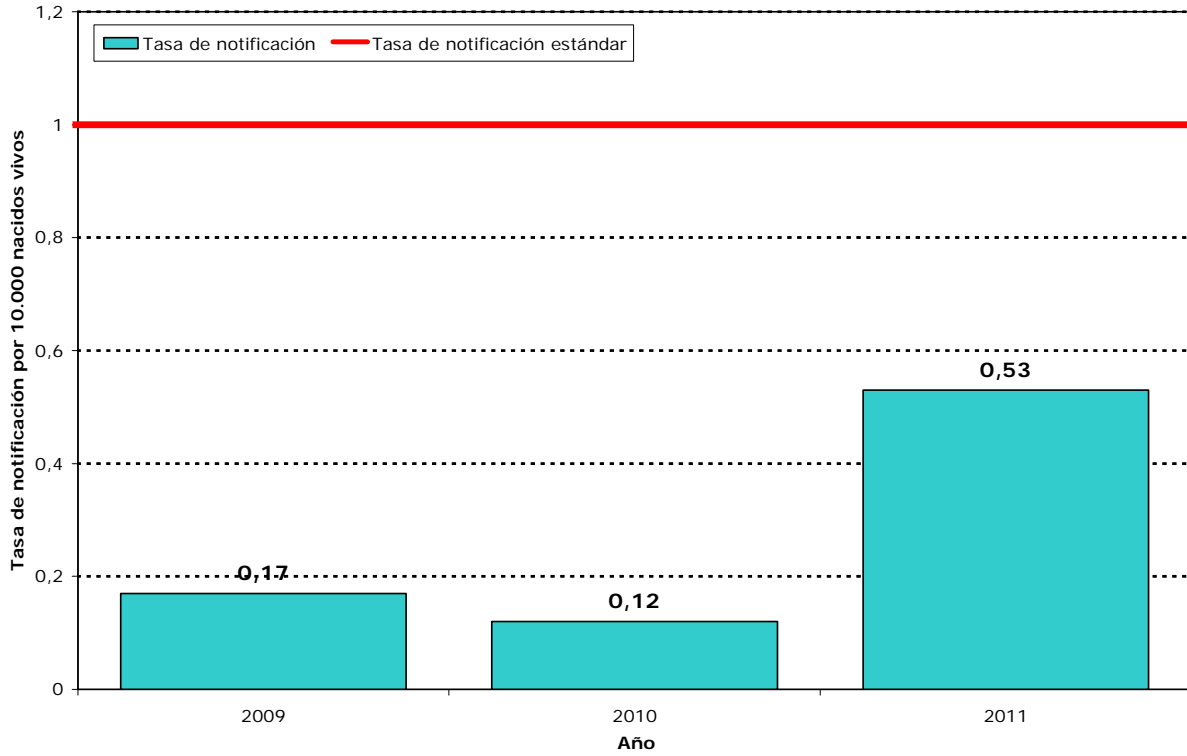
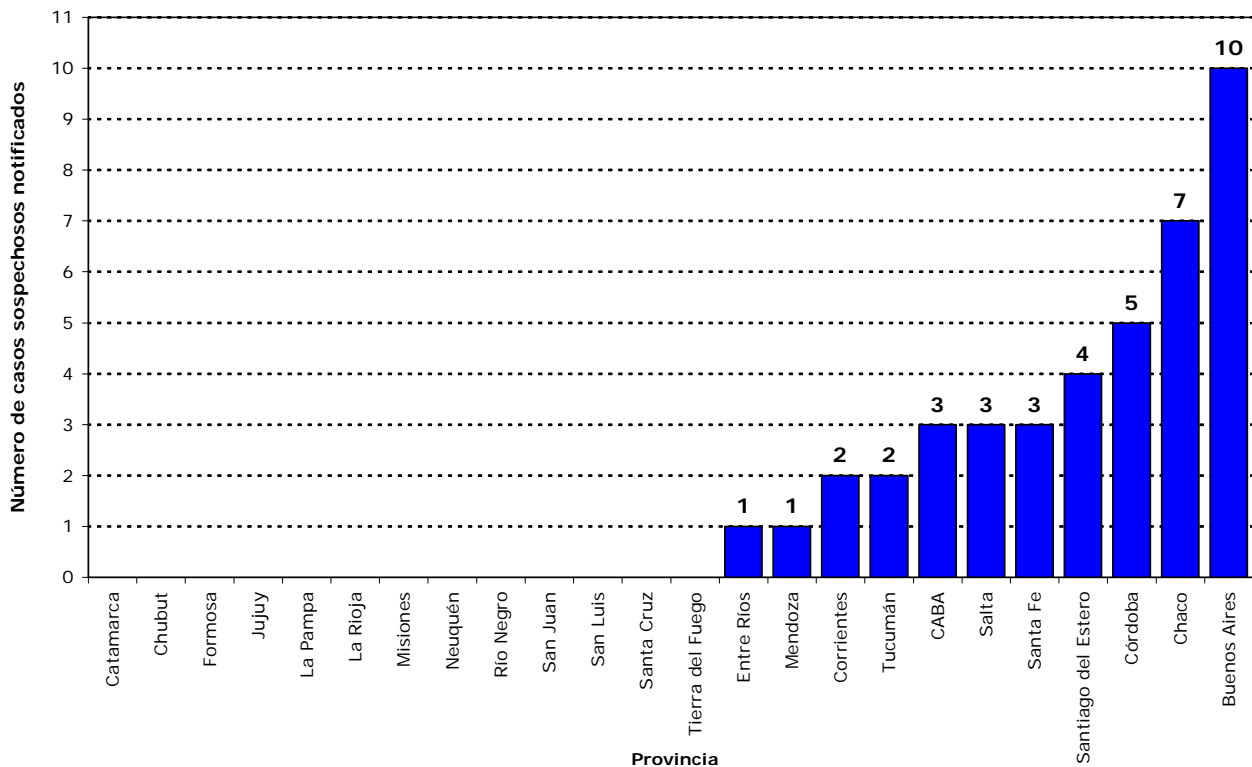


Figura 2. Casos sospechosos notificados de síndrome de rubéola congénita (SRC), discriminados por provincia. República Argentina. Año 2011, hasta SE 37. Fuente: Vigilancia Integrada de Sarampión/Rubéola, Ministerio de Salud de la Nación.



Por otro lado, considerando que estos niños excretan el virus de la rubéola hasta por un año, se debe educar a la familia sobre la protección de las personas expuestas, la vacunación de susceptibles y el seguimiento de embarazadas.

Argentina está trabajando para aumentar la notificación de este síndrome, a través de la capacitación y la interacción con especialistas para la detección temprana, con discusión de los casos en la Comisión de Eliminación del SRC en el Ministerio de Salud de la Nación.¹

¹ Para ficha de notificación, definiciones de casos, flujo de notificación y recomendaciones, haga clic [aquí](#).

Colombia: Indígenas denuncian muerte de niños en el Meta por presencia de petroleras



25 de septiembre de 2011 – Fuente: RCN La Radio (Colombia)



Comunidades indígenas del Meta denunciaron que varios niños han muerto en los últimos días a causa de una epidemia de neumonía en cerca de 12 resguardos, ya que presuntamente personal de las petroleras de la región estaría contagiando a los menores.

“La mayoría de los niños se están muriendo por neumonía, que se ha convertido en epidemia en los resguardos del municipio de Puerto Gaitán”, aseguró Santiago Ramírez, líder de la comunidad indígena Hunuma que habita en Puerto Gaitán, Meta.

El líder indígena aseguró que “esas enfermedades han venido surgiendo por la llegada de las personas que vienen trabajando con las petroleras y que vienen de otras zonas de Colombia y otros países, contagiando a los niños. Esta es una enfermedad desconocida por parte del pueblo indígena”.

Estados Unidos: Expertos revisan las directrices para la vacunación contra la tos convulsa



26 de septiembre de 2011 – Fuente: *Pediatrics*



Una recomendaciones revisadas para el uso de la vacuna triple bacteriana acelular (DTPa) para proteger de la tos convulsa en niños mayores y adultos han sido publicadas por la Academia Americana de Pediatría y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

La vacuna DTPa también protege contra la difteria y el tétanos. Las tres enfermedades son causadas por bacterias y son potencialmente letales.

La tos convulsa se transmite con facilidad, y causa una tos grave y descontrolada. Afecta sobre todo a adolescentes y adultos, pero puede ser una grave amenaza para los bebés demasiado pequeños para ser vacunados. Aunque los niños a partir de los dos meses reciben una vacuna similar conocida como DTP (triple bacteriana), que protege de las mismas tres enfermedades, con frecuencia la tos convulsa es transmitida por

membros de la familia, amigos y familiares de más edad que no se han vacunado.

“Los cambios en las recomendación para la vacunación contra la tos convulsa llegan como consecuencia del resurgimiento de la enfermedad”, explicó el Dr. Len Horovitz, especialista en los pulmones del Hospital Lenox Hill en la ciudad de New York. “La vacuna es crítica en el grupo de edad pediátrica debido a la tasa más alta de daños pulmonares, morbilidad y mortalidad por esta enfermedad prevenible”.

Las recomendaciones llaman a que se administre una sola dosis de DTPa a los trabajadores de salud de todas las edades, y a todos los adultos (incluso los mayores de 65) que tienen contacto con bebés.

Además, una sola dosis de la DTPa debería administrarse a los niños de 7 a 10 años de edad que no tienen suficiente inmunización o que tienen un historial incompleto de vacunas.

Se sigue recomendando que los adolescentes, incluso las adolescentes embarazadas, y las mujeres embarazadas sean vacunados.

Las recomendaciones actualizadas también dicen que ya no hay un intervalo mínimo entre la recepción de una vacuna contra el tétanos o la difteria que contenga toxinas y la DTPa.

“Las recomendaciones actuales dan en el blanco, y es muy importante que médicos y pacientes las sigan”, afirmó el Dr. Peter Richel, jefe de pediatría del Hospital de Northern Westchester en Mount Kisco, New York.

“Además de la recomendación anterior en la niñez, la DTPa debe ser administrada a adultos, mujeres embarazadas y cuidadores de bebés y niños”, dijo Richel. “Esto significa cuidadores de guarderías, maestros, padres y abuelos de cualquier edad”.²

Estados Unidos, California: Reportan ataques de abejas

16 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Prensa Latina



Al menos cuatro estadounidenses fueron hospitalizados y varios negocios se evacuaron después que decenas de miles de abejas irrumpieron en un patio de Santa Ana, ciudad de California.

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

Los agresivos insectos atacaron a una persona que estaba en una silla de ruedas la que, al parecer, perturbó la colmena, informó el capitán de bomberos de Santa Ana, Steven Snyder.

“Fue picado más de 60 veces”, precisó Snyder, quien explicó que los gritos del individuo atrajeron la atención de tres transeúntes que corrieron en su ayuda y que también “fueron picados durante el impresionante rescate”, dijo.

Los cuatro afectados presentaron, además de las lesiones por los aguijonazos, dificultades para respirar, sarpullidos, náuseas y vómitos.

Durante el incidente cerraron una calle y varios comercios. Según cálculos se dispersaron en el lugar alrededor de 60.000 abejas.

Este tipo de ataque no fue el primero en esta semana. El miércoles, las abejas mataron a un cerdo en una granja en Bisbee, Arizona, mientras una persona –también en ese estado– permaneció hospitalizada después de recibir el domingo más de mil picaduras.

Noticias del mundo

Asia: 256 muertos y millones de afectados por las inundaciones en el sudeste de la región



26 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia EFE



Al menos 256 personas han muerto y cerca de 2,5 millones más han resultado afectadas por las inundaciones que anegan hoy grandes extensiones del Sudeste Asiático, desde Tailandia hasta Filipinas.

Tailandia informó de 158 muertos, además de 1,9 millones de personas damnificadas y cuantiosos daños en la red de infraestructuras y la agricultura.

Las inundaciones hoy afectaban a 23 provincias, con 106 carreteras intransitables, de acuerdo con el titular tailandés de Sanidad Pública, Witthaya Buranasiri.

El ministro advirtió a la población en la región septentrional del país que aún continuará durante esta semana el peligro de riadas, desbordamientos y avalanchas de tierra.

La advertencia oficial también fue para las flotas pesqueras en el mar de Andamán y el golfo de Tailandia, donde los expertos prevén fuertes oleajes y olas

de entre dos y tres metros hasta el jueves próximo.

La nueva primera ministra de Tailandia, Yingluck Shinawatra, aprobó una ayuda de 168 dólares para los propietarios de viviendas que lleven al menos siete días anegadas, además de fondos de urgencia para los agricultores.

Mientras que la lista de víctimas mortales en Tailandia comenzó a finales de julio, las 97 muertes de las que hoy informaban las autoridades en Phnom Penh corresponden a septiembre.

El portavoz del Gobierno camboyano, Phay Siphon, indicó que las inundaciones afectan a cerca de 400.000 personas, y señaló que las prioridades principales en este momento son la cobertura de necesidades básicas, como alimentos, y el establecimiento de centros de acogida.

La semana pasada, 183 turistas de Alemania, Estados Unidos, Japón, Gran Bretaña y otros países, tuvieron que ser rescatados en helicóptero y barcas cuando visitan el histórico templo de Banteay Srei, en el norte del país, porque la zona se inundó en cuestión de minutos.

Los meteorólogos camboyanos también advirtieron a la nación de que las precipitaciones continuarán los próximos tres días.

En Filipinas, las autoridades del país ordenaron hoy la evacuación de 100.000 personas, el cierre de escuelas y la cancelación de vuelos ante la llegada al archipiélago del tifón Nesat, prevista para el martes, que ha causado ya al menos siete desaparecidos.

Las operaciones de evacuación comenzaron inmediatamente en algunas de las ocho provincias declaradas con un nivel de alerta de tres en una escala de cinco, mientras que en Manila y otras 13 provincias de la isla de Luzón están en el dos.

Nanmadol, el último tifón que golpeó Filipinas hace un mes, ocasionó 35 muertos y más de 400.000 personas damnificadas.

Cientos y hasta miles de personas fallecen todos los años en el Sudeste Asiático durante la estación lluviosa, que en los casos de Filipinas y Tailandia comienza por lo general en mayo y concluye en octubre.

Australia: Los casos de clamidiosis alcanzan niveles epidémicos entre los jóvenes



27 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia EFE

Australia registró más de 74.000 casos de clamidiosis en 2010, un 17% más que el año anterior, y esta infección de transmisión sexual se situó a niveles epidémicos entre los jóvenes, según un informe difundido hoy.

Los casos de gonorrea aumentaron un 25% hasta los 10.000, de acuerdo a un informe anual sobre el estado de la salud sexual de los australianos elaborado por la Universidad de Nueva Gales del Sur.

El estudio señala que los jóvenes entre 19 y 29 años de edad representan el 80% del total de personas diagnosticadas con clamidiosis en 2010.

Uno de los investigadores de este informe, el académico David Wilson, comentó que esta infección sexual alcanzó niveles epidémicos en este grupo poblacional.

En general, el significativo aumento de los casos de clamidiosis es “un fenómeno y es mayor comparado a cualquier otro país”, dijo Wilson.

El estudio también reveló un aumento en las tasas de casos de clamidiosis y gonorrea entre los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres.

Así, los indígenas australianos representan más de un tercio del total de casos de gonorrea y un 9% de los de clamidiosis.

La clamidiosis y la gonorrea pueden ser tratados con antibióticos pero son difíciles de detectar porque los afectados no presentan síntomas.

El informe de la Universidad de Nueva Gales del Sur también reveló que los casos de VIH y hepatitis viral se mantuvieron en niveles estables en 2010.

La investigación detalló que en Australia se diagnosticaron 1.043 casos de VIH y elevó hasta un poco más de 30.000 los casos de esta enfermedad.

España, Madrid: Alerta por el aumento de casos de sarampión



26 de septiembre de 2011 – Fuente: Cadena Ser (España)

La jefa de sección de Enfermedades Transmisibles de la Dirección General de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, María Jesús Gascón, afirmó que el número de casos de sarampión en la Comunidad de Madrid ha aumentado por encima de niveles “no esperados”.

De esta forma, mientras que en 2009 sólo hubo 28 casos y en 2010 no hubo ni un solo infectado, en lo que llevamos de año ya se han registrado cerca de 300 enfermos de sarampión.

A pesar de que la enfermedad puede llegar a ser severa y precisar de hospitalización (en países menos desarrollados es causa de mortalidad infantil), Gascón llama a la calma y asegura que no se trata de un brote agudo, como suele ocurrir con la época de gripe.

Los niños son el grupo más vulnerable y por eso desde la Consejería de Sanidad se están enviando cartas en las que se recomienda que los niños se vacunen. De hecho, el calendario de la vacuna triple viral, en la que se incluye el sarampión, la rubéola y la parotiditis, se ha adelantado de los 15 a los 12 meses de edad.

En cualquier caso, Gascón recomienda que especialmente en el periodo infantil se cumplan los calendarios oficiales de vacunación, y que si los padres tienen alguna duda consulten con su centro de salud u hospital, y nunca se fíen de Internet a la hora de resolver sus dudas.

España: Proponen penalizar económicamente a los profesionales sanitarios que no se vacunen contra la gripe



27 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Europa Press

El presidente de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG), Pedro Gil Gregorio, propuso este martes penalizar a los profesionales sanitarios que no se vacunen contra la gripe, ya que negándose a protegerse no sólo ponen en riesgo la salud de la población más frágil, sino que reducen su productividad laboral.

“Hay fórmulas que a mi se me ocurren para hacer que el personal sanitario se vacune. Por ejemplo, ahora estamos hablando de productividad: si usted no se vacuna está poniendo en riesgo su productividad y por lo tanto, yo puedo dejar de pagarle la productividad”, expuso Gil Gregorio durante la presentación de la campaña informativa para la población general ‘Este año sin excusas, vacúnate’.

“A lo mejor hay que obligarlos por ese camino: si estoy poniendo en manos de usted la vacunación, que al hospital le va a ahorrar dinero, pero usted no cumple, igual tenemos que hacer algo al respecto con parámetros económicos, que a lo mejor eso la gente los empieza a entender”, dice.

La propuesta de Gil Gregorio, jefe de Geriátrica del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, está en la línea de la lanzada la semana pasada por el presidente del Consejo General de Colegios de Enfermería, Máximo González Jurado, quien defiende que la vacunación sea obligatoria para médicos y enfermeros.

Según este experto, los profesionales sanitarios que no se vacunan contra la gripe están ayudando a propagar entre los más vulnerables una enfermedad por la que, globalmente, mueren cada año en España entre 2.800 y

3.000 personas. Sólo el pasado año, señala, se produjeron 1.618 casos graves de personas hospitalizadas y 190 fallecimientos, el 77% personas mayores de 45 años.

Reducir el ausentismo laboral

Además, según el doctor Primitivo Ramos Cordero, coordinador médico-asistencial del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid, vacunarse contra la gripe haría ahorrar "hasta entre un 41 y un 45% de los días laborales perdidos como consecuencia de esta enfermedad". "Son cifras que, a cualquier colectivo, invitan a la vacunación", asevera.

Según recuerda Ramos Cordero, "en la campaña de la gripe estacional 2009-2010 se vacunaron menos del 30% de los profesionales sanitarios". "Estas cifras fueron incluso menores durante la pandemia de gripe de 2009, cuando se situaron entre el 11 y el 15%, según la comunidad autónoma, llegando en algunas al 10%", apuntó este experto, miembro del grupo de vacunas de la SEGG.

Este mal ejemplo de los profesionales es uno de los factores por los que la vacunación global en España es muy baja, según este experto. De hecho, según recuerda, "durante el último año sólo se vacunó contra la gripe el 56% de la población, a pesar de que, entre 2005 y 2006, se había llegado al 70% de cobertura vacunal, un porcentaje más cercano al 75% que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para los países desarrollados".

A su entender, esta negativa de los profesionales sanitarios a vacunarse contra la gripe es caprichosa, comenzó con la situación de incertidumbre sobre la seguridad y eficacia de las vacunas que se generó tras la pandemia de gripe de 2009 y se mantiene a base de excusas sin base científica, como que la vacuna antigripal no protege bien o que puede provocar efectos adversos.

Sin excusas contra la vacunación

"La vacuna antigripal protege a entre el 70 y el 90% de los adultos vacunados, siempre que las cepas de la vacuna coincidan con las cepas que circulan en esa temporada. Aunque es cierto que en personas mayores la protección es más baja, no es nada despreciable, tiene una efectividad del 70%, siempre que se usen las nuevas vacunas, de acción inmune más potente y continuada", aclara.

Según dice, "las vacunas de la gripe reducen en un 80% las infecciones gripales y en un 28% las posibles infecciones respiratorias –como bronquitis o neumonía– y en un 50% la mortalidad global que se produce a causa de la gripe y de sus complicaciones asociadas".

Asimismo, añade, "no presentan efectos secundarios, salvo en un 5% de casos excepcionales, en los que se produce un enrojecimiento o tumefacción en el punto de aplicación que desaparece en unas 24 ó 48 horas". "La seguridad de las vacunas actuales de la gripe –insistió el experto– es muy alta".

Además, son "escasísimas sus contraindicaciones", que sólo afectan a los alérgicos a las proteínas del huevo y a los pacientes que hayan sufrido el Síndrome de Guillain-Barré en anteriores vacunaciones. En estos últimos, dice el experto, habría que valorar el beneficio-riesgo de esta vacunación.

Japón, Fukushima: El área contaminada por el reactor podría superar los 2.000 km²



15 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Prensa Latina



Más de 2.000 km² de la región japonesa de Fukushima podrían estar contaminados con sustancias radiactivas procedentes de la planta nuclear seriamente dañada por el sismo y tsunami de marzo pasado.

El área en cuestión equivale aproximadamente a la séptima parte de la mencionada prefectura, de acuerdo con cálculos del profesor de la Universidad de Tokio Yuichi Moriguchi.

Se estima que por esa razón de la capa superficial del suelo se deberán retirar 100 millones de metros cúbicos de tierra. Este estudio se basó en mapas de distribución de la radiación divulgados por el gobierno en junio pasado, se precisó.

Los mencionados desastres naturales paralizaron la planta Fukushima-1, escenario de la peor crisis nuclear en la historia del país, todavía por resolver.

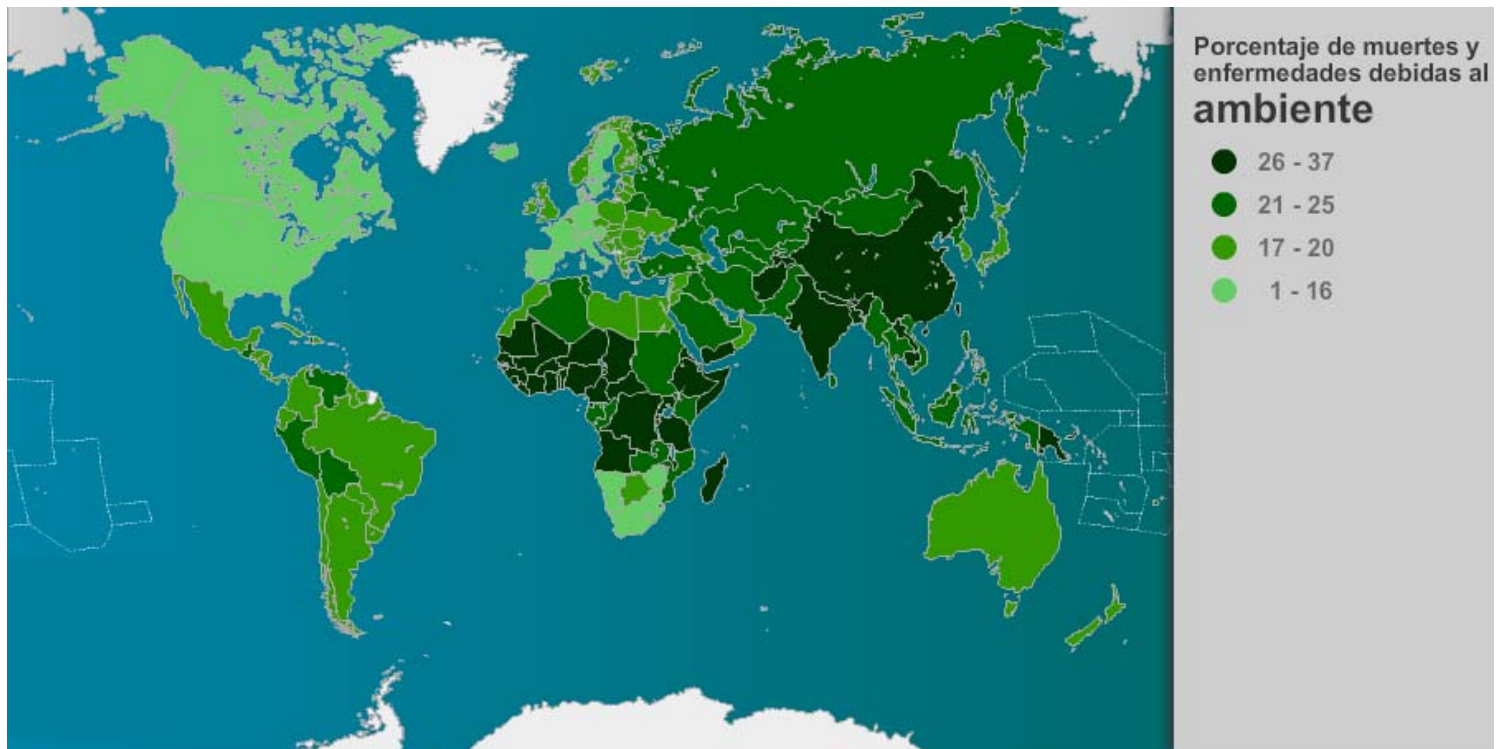
La tragedia en la referida central intensificó el debate sobre la dependencia de Japón de la energía nuclear, suministrada por 54 reactores hasta el pasado 11 de marzo.

OMS: Afrontar el reto mundial de garantizar un aire limpio



26 de septiembre de 2011 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

En muchas ciudades la contaminación del aire está alcanzando niveles que ponen en peligro la salud de la gente, según un trabajo sin precedentes de recopilación de datos sobre la calidad del aire dado a conocer hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La información analizada abarca datos de casi 1.100 ciudades de 91 países, incluidas capitales y ciudades de más de 100.000 habitantes.



Fuente: OMS

Más de dos millones de personas mueren cada año

La OMS estima que más de dos millones de personas mueren cada año a causa de la inhalación de pequeñas partículas contaminantes del aire de espacios interiores y exteriores. Las partículas PM10, de menos de 10 micras de tamaño, pueden penetrar en los pulmones y llegar al torrente sanguíneo, y causar así cardiopatías, cáncer de pulmón, asma e infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores. Las directrices de la OMS sobre calidad de aire establecen una cifra de 20 microgramos por metro cúbico ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) como media anual, pero los datos hoy publicados muestran que en algunas ciudades la media de PM10 ha llegado hasta $300 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

Principales conclusiones

Las principales conclusiones de esta nueva recopilación son las siguientes:

- Los niveles persistentemente elevados de contaminación por partículas finas son comunes en muchas zonas urbanas. Esas partículas provienen a menudo de fuentes de combustión tales como centrales eléctricas y vehículos de motor.
- La gran mayoría de las poblaciones urbanas sufren una exposición media anual a partículas PM10 que supera el nivel máximo de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ recomendado en las directrices sobre calidad del aire de la OMS. En promedio, solo unas pocas ciudades respetan actualmente los valores de referencia de la OMS.
- En lo que respecta a 2008, la mortalidad estimada atribuible a la contaminación atmosférica en las ciudades asciende a 1,34 millones de muertes prematuras. Si se hubiesen aplicado universalmente las directrices de la OMS, ese año la cifra habría sido de 1,09 millones. El número de muertes atribuibles a la contaminación atmosférica en las ciudades ha aumentado desde la estimación anterior de 1,15 millones de muertes en 2004. El aumento de la mortalidad que según las estimaciones puede atribuirse a la contaminación del aire urbano se explica por los recientes aumentos de la concentración de contaminantes en la atmósfera y del tamaño de las poblaciones urbanas, así como por el hecho de que se dispone de más datos y se emplean mejores métodos.

“La contaminación atmosférica es un problema de salud ambiental de gran alcance, y es fundamental que redoblemos los esfuerzos para reducir la carga sanitaria que genera”, señaló la Dra. María Neira, Directora de Salud Pública y Medio Ambiente en la OMS. “Si vigilamos y gestionamos adecuadamente el medio podemos reducir de forma considerable el número de personas con enfermedades respiratorias y cardíacas o con cáncer de pulmón. En todo el mundo, el aire de las ciudades presenta a menudo una alta densidad de gases de escape, humo de fábricas y hollín de las centrales eléctricas que queman carbón. En muchos países no hay una normativa de calidad del aire, y cuando la hay los criterios nacionales y su aplicación varían considerablemente”.

Fomentar la toma de conciencia sobre los riesgos sanitarios

La OMS hace un llamamiento para fomentar la toma de conciencia sobre los riesgos sanitarios de la contaminación atmosférica urbana, aplicar políticas eficaces y vigilar estrechamente la situación en las ciudades. Se calcula que una reducción desde una media de $70 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM10 a una media anual de $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ de PM10 se traduciría en una reducción del 15% de la mortalidad, lo que supone un enorme beneficio en términos de salud pública. A niveles más altos de contaminación, reducciones similares no harían disminuir tanto la mortalidad, pero tendrían con todo importantes efectos beneficiosos para la salud.

“Las soluciones a los problemas de contaminación del aire exterior diferirán de una ciudad a otra en función de la contribución relativa de las fuentes de contaminación, de su grado de desarrollo y de la geografía local”, dijo el Dr. Carlos Dora, coordinador de la OMS en Intervenciones en pro de unos Entornos Saludables, del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente. “Lo mejor que puede hacer una ciudad para explotar al máximo la base de datos de la OMS es vigilar sus propias tendencias de contaminación del aire a lo largo del tiempo para identificar, mejorar y ampliar a gran escala las intervenciones eficaces”.

Los factores que más contribuyen a la contaminación atmosférica

Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, los factores que más contribuyen a la contaminación atmosférica urbana son el transporte motorizado, los pequeños fabricantes y otras industrias, la quema de biomasa y carbón para cocinar o como medio de calefacción, y las centrales eléctricas que usan carbón. La quema de madera y carbón para calentar las viviendas contribuye en gran medida a la contaminación del aire, sobre todo en las zonas rurales en los meses más fríos.

“Se requieren medidas locales, políticas nacionales y acuerdos internacionales para frenar la contaminación y reducir sus efectos generalizados en la salud”, dijo el Dr. Michal Krzyzanowski, Jefe del Centro Europeo de la OMS para el Medio Ambiente y la Salud, en Bonn, Alemania. “Los datos sobre vigilancia de la calidad del aire difundidos hoy resaltan las regiones donde más necesario es actuar y nos permiten evaluar la eficacia de las políticas y medidas aplicadas”.

Aclaraciones:

Los datos reunidos sobre la calidad del aire proceden de fuentes nacionales o de ciudades específicas de acceso público, basadas en los resultados de la vigilancia de la calidad del aire realizados por las distintas ciudades. Los valores incluidos en la base de datos proceden de los sitios de vigilancia existentes en las ciudades, incluidos bordes de carreteras, pero descartando focos industriales y de otro tipo que no son representativos de la exposición de muchas personas (por ejemplo cruces de carreteras), para no sobrestimar los valores.

Los valores considerados en la base de datos, incluidos los niveles de PM10 notificados, representan promedios anuales. Las PM10 son un indicador importante de la contaminación del aire urbano y de los riesgos sanitarios asociados a las mezclas complejas de contaminantes que suelen encontrarse en las ciudades. Las partículas PM10 más pequeñas pueden penetrar profundamente en los pulmones, pasar a la sangre y dañar muchos sistemas orgánicos. Para algunas ciudades se dispone de mediciones de partículas aún más pequeñas, como las PM2,5, que se han incluido también en la base de datos.

Los datos están basados en mediciones realizadas entre 2003 y 2010, pero la gran mayoría se refieren al periodo 2008-2009. Los valores presentados corresponden a ciudades concretas, poblaciones urbanas de los países (cuando ha sido posible), y regiones de la OMS.

Estos conjuntos de datos sobre la calidad del aire, junto con las actualizaciones más recientes sobre la carga de morbilidad conexas, y las preguntas más frecuentes al respecto, se pueden consultar en línea.³

OMS: En 2010 murieron 12.000 niños menos diariamente que en 1990



15 de septiembre de 2011 – Fuente: Organización Mundial de la Salud

El número de niños menores de cinco años que mueren cada año se redujo de más de 12 millones en 1990 a 7,6 millones en 2010, dijeron hoy el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) al presentar las últimas estimaciones de la mortalidad infantil en todo el mundo.

Estas nuevas cifras muestran que, en comparación con lo que ocurría en 1990, todos los días se salvan las vidas de alrededor de 12.000 niños.

Un informe anual sobre la mortalidad infantil descubrió que en África subsahariana, la región con el mayor número de menores de cinco años en el mundo, el ritmo con que se reduce la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años se duplicó de un 1,2% al año desde 1990 hasta 2000, a un 2,4% anual desde 2000 hasta 2010.

“La noticia de que la tasa de mortalidad infantil en el África subsahariana está disminuyendo dos veces más rápidamente de lo que ocurría hace una década muestra que podemos avanzar incluso en los lugares más pobres; sin embargo, no podemos por un momento olvidar el dato escalofriante de que alrededor de 21.000 niños mueren cada día por causas que se pueden evitar”, dijo Anthony Lake, Director Ejecutivo de UNICEF. “Concentrar una mayor inversión en las comunidades más desfavorecidas nos ayudará a salvar un mayor número de vidas infantiles a un ritmo más rápido y a un costo más rentable”.

Entre 1990 y 2010, la tasa de mortalidad de niños y niñas menores de cinco años disminuyó en más de un tercio, de 88 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 57.

Por desgracia, este ritmo de progreso es todavía insuficiente para alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio 4 (ODM 4), que aboga por una reducción de dos tercios en la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de cinco años para 2015.

³ En esta [página](#) de la OMS, pueden encontrarse los enlaces conexos a los que hace referencia la nota.

“La reducción de la mortalidad infantil está relacionada con muchos factores, particularmente el aumento en el acceso a los servicios de salud para el recién nacido. Así mismo, la prevención y el tratamiento de enfermedades de la infancia, y la mejora en la nutrición, la cobertura de inmunización, y el agua y el saneamiento”, dijo la Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS. “Esta es una prueba de que invertir en la salud de los niños es un dinero bien empleado, y una señal de que tenemos que acelerar la inversión a lo largo de los próximos años”.

Algunas de las mejoras más importantes se dieron en países donde los niños son más vulnerables.

Un ejemplo es Níger, donde la tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1990 fue de 311 por cada 1.000 nacidos vivos. Para hacer frente al problema que suelen presentar las grandes distancias que hay entre los pobladores y los centros de salud se puso en marcha una estrategia de despliegue de trabajadores de la comunidad de salud capacitados, que realizaron intervenciones de gran eficacia en miles de nuevos puestos de salud en todo el país. En 2010, Níger fue uno de los cinco países con las mayores reducciones absolutas en las tasas generales de mortalidad de menores de cinco años, junto con Malawi, Liberia, Timor-Leste y Sierra Leona.

Chan y Lake estuvieron de acuerdo en que el compromiso de los gobiernos y la aplicación de estrategias para superar las limitaciones locales en el acceso y el uso de los servicios esenciales son los factores más importantes del éxito logrado.

El informe muestra que los recién nacidos y los bebés corren un mayor riesgo de morir, y en estos grupos se ha producido un menor avance que en la categoría de menores de cinco años en general. Más del 40% de las muertes de menores de cinco años ocurren durante el primer mes de vida y más del 70% en el primer año de vida.

Las mejoras y los avances son alentadores, pero persisten marcadas disparidades. África subsahariana sigue siendo la región con mayores tasas de mortalidad infantil, ya que uno de cada ocho niños muere antes de cumplir cinco años, más de 17 veces más que el promedio para las regiones desarrolladas (1 en 143). Asia meridional se encuentra en el segundo lugar, ya que 1 de cada 15 niños muere antes de los cinco años.

Las muertes de menores de cinco años se concentran cada vez más en África subsahariana y Asia meridional. En 1990, el 69% de las muertes de menores de cinco años ocurrieron en estas dos regiones, y en 2010 esa proporción aumentó al 82%. En 2010, alrededor de la mitad de todas las muertes de menores de cinco años en el mundo se produjeron en sólo cinco países: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Pakistán y China.

Las nuevas estimaciones se publican en el informe de 2011 *Levels & Trends in Child Mortality*, publicado por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME), que está dirigido por UNICEF y la OMS e incluye al Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas.⁴

Pakistán: La OMS refuerza campaña contra el dengue

26 de septiembre de 2011 – Fuente: Agencia Prensa Latina



Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) comenzaron hoy a asesorar a las autoridades sanitarias pakistaníes, desbordadas por una epidemia de dengue en la occidental provincia de Punjab.

En ese territorio, y particularmente en la ciudad de Lahore, han muerto 102 personas a causa de la enfermedad y se considera que casi 10.000 están infectadas.

Los técnicos de la OMS se suman a los de un equipo de Sri Lanka que desde hace unos 10 días colaboran en las tareas de fumigación y eliminación de los criaderos del agente transmisor, el mosquito *Aedes aegypti*. Esta semana también llegarán técnicos de Indonesia.

La mayoría de los hospitales de Lahore se declararon en emergencia ante su incapacidad para atender a los pacientes y a los cientos que hacen cola en las áreas exteriores para solicitar su ingreso o realizarse análisis de sangre.

El Ministerio de Salud de Punjab decidió instalar hospitales de campaña, contratar más de 600 enfermeras de otras partes del país y adquirir cuotas adicionales de medicamentos y una veintena de equipos de laboratorio.

Pakistán también encara una difícil situación en la sureña provincia de Sindh, donde las inundaciones se han cobrado más de 300 vidas.

El consumo de aguas contaminadas y la proliferación de mosquitos en el territorio han desatado focos de enfermedades y conformado una situación ante la cual las autoridades sanitarias locales se confesaron impotentes dados sus limitados recursos.

Según agencias especializadas de la ONU, en Sindh se han detectado 36 brotes de enfermedades diarreicas y otras como la malaria y la hepatitis. Se teme que pueda sobrevenir una propagación del cólera, un flagelo latente en distintas zonas del país.

⁴ Puede consultarse este informe, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

El IGME se constituyó en 2004 para compartir los datos sobre la mortalidad infantil, armonizar las estimaciones dentro del sistema de la ONU, mejorar los métodos de estimación de la mortalidad infantil en los informes sobre el progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio y mejorar la capacidad de los países para producir estimaciones oportunas y calcular con exactitud la mortalidad infantil.

El IGME, dirigido por el UNICEF y la OMS, también incluye al Banco Mundial y la División de Población de Naciones Unidas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales como miembros de pleno derecho.

El informe sobre la mortalidad infantil de 2011 contiene las últimas estimaciones del IGME sobre la mortalidad infantil a nivel nacional, regional y mundial.

La Alianza GAVI llega a 37 países

27 de septiembre de 2011 – Fuente: El Mundo (España)



Una enfermera prepara una vacuna en el centro de Barumbu, Kinsasa, República Democrática del Congo.

La campaña internacional de vacunación para prevenir algunas de las principales causas de muerte en los países en vías de desarrollo se extenderá a 37 nuevos países, 24 de ellos en África. La Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI), el consorcio que gestiona el proyecto, cerró nuevos acuerdos para aumentar la distribución de diversas vacunas esenciales.

Un total de 16 países recibirán la vacuna del rotavirus, la principal causa de diarrea severa en niños menores de cinco años. Medio millón de niños mueren al año por esta causa, la mitad de ellos en África.

La distribución de la vacuna del neumococo, una bacteria que causa infecciones graves como neumonía o meningitis, se extenderá también a 18 países. La mayoría de fallecimientos por esta causa (al año más de medio millón de menores de cinco años) se registran en África y en Asia.

Los nuevos acuerdos alcanzados por GAVI incluyen también otras inmunizaciones comunes, entre ellas la segunda dosis de la vacuna del sarampión, que se distribuirá en seis países (la mayoría de ellos africanos).

“La cifra de muertes por infecciones por rotavirus o neumococo es especialmente devastadora en África, donde estas vacunas tendrán un impacto especialmente significativo no sólo para salvar vidas sino en términos de vidas disfrutadas con salud”, dijo el director ejecutivo de GAVI, Seth Berkley, que ha explicado la importancia de este aspecto para impulsar el desarrollo económico.

Las inmunizaciones evitarán millones de muertes en niños menores de cinco años, según manifestó el director ejecutivo de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Anthony Lake, que señaló también la necesidad de combinar estas medidas con una mejora de la nutrición, las condiciones sanitarias y “otras intervenciones críticas”.

El objetivo de GAVI Alliance es llegar a 40 países en 2015 e inmunizar a 50 millones de niños. Países como Sudán, Nicaragua o Bolivia han puesto en marcha planes de inmunización contra el rotavirus con el apoyo del consorcio, lanzado en el Foro Económico Mundial de 2000.

Organizaciones como UNICEF, Bill & Melinda Gates Foundation, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud apoyan la iniciativa, en la que participan también compañías farmacéuticas y los gobiernos de varios países. Su objetivo es acelerar la distribución de vacunas.

Hallan una forma de evitar la respuesta fatal que los virus provocan a algunas personas

15 de septiembre de 2011 – Fuente: Nature



La mayoría de las veces, estar enfermo con gripe no es más que una molestia pero, en otras ocasiones, puede desencadenar una respuesta inmunológica exagerada y potencialmente mortal. Un nuevo estudio ha rastreado los orígenes de esta grave respuesta inmune –conocida como tormenta de citoquinas– hasta su fuente.

Las citoquinas son las señales químicas que producen la inflamación, y se cree que son la causa de muchas de las muertes atribuidas a la pandemia de gripe de 1918 en todo el mundo y a los brotes más recientes de la influenza A/H1N1 y la aviar. El nuevo estudio proporciona noticias alentadoras, ofreciendo las bases para un nuevo tipo de terapia contra la gripe.

“Hemos demostrado por primera vez que se puede separar los acontecimientos perjudiciales de los necesarios para controlar el virus”, comenta Hugh Rosen, autor principal de este estudio, del Instituto de Investigación Scripps (Estados Unidos).

“Se había pensado durante mucho tiempo que los daños de la gripe se deben al propio virus, por lo tanto, la atención se centró en el desarrollo de drogas antivirales”, afirma el coautor del estudio Michael Oldstone, también de Scripps.

Los nuevos resultados sugieren que los fármacos destinados a la respuesta inmune peligrosa pueden salvar vidas, protegiendo al organismo infectado de sí mismo. Otra ventaja es que este enfoque no favorece que los virus se adapten y desarrollen resistencia a los medicamentos.

Se creía que las citoquinas asociadas con la infección por gripe provienen de células infectadas por virus que se encuentra principalmente en los pulmones y los conductos nasales. Los autores del estudio observaron, sin embar-

go, que las citoquinas son liberadas en las células endoteliales que revisten los vasos sanguíneos. Una proteína que se encuentra en la superficie de las células endoteliales, llamada receptor esfingosina-1-fosfato (S1P1), es esencial para las tormentas de citoquinas asociadas a la gripe.

En los ratones tratados con una molécula que se dirige a la proteína S1P1, la producción de citoquinas y los primeros signos de la inflamación fueron suprimidos. Como resultado, fueron mucho más propensos a sobrevivir a la infección del virus de la influenza A/H1N1. Cabe destacar que varias empresas ya están probando S1P1 en ensayos clínicos.

“Ahora que sabemos de dónde provienen las citoquinas y hemos aislado el mecanismo específico de los receptores, es probable que pueda ser desarrollada una sola dosis oral de un compuesto que proporcione protección contra la tormenta de citoquinas en la infección temprana”, dice Rosen.

Eso no quiere decir que los fármacos antivirales serán una cosa del pasado. Rosen y Oldstone sugieren que las terapias más prometedoras del futuro incluyen una combinación de medicamentos diseñados para proteger contra las tormentas de citoquinas.⁵

El uso de las redes sociales para fortalecer sistemas de salud

15 de septiembre de 2011 – Fuente: SciDev Net



Crear capacidad de investigación en países en desarrollo es, quizás acertadamente, un objetivo relativamente nuevo para los esfuerzos por mejorar los sistemas de salud y no es un elemento importante en el marco de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Sin embargo, su importancia es cada vez más reconocida por la OMS y organizaciones como MedicineAfrica.

Pero, ¿cómo pueden los científicos de la salud en los países en desarrollo crear redes y compartir los conocimientos necesarios para hacer avances estratégicos hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud?

Tecnología móvil

Tal vez la revolución de la telefonía móvil da una pista. Con más de 5.000 millones de usuarios, los teléfonos móviles son ahora indispensables en todo el mundo. La tecnología móvil promete transformar la atención sanitaria global, especialmente en áreas remotas, permitiendo la interacción directa con los pacientes, ayudando a la capacitación a distancia de trabajadores de la salud, y apoyando la educación de los científicos.

El mosaico en ciernes de la salud móvil y la electrónica está a punto de convertirse en una solución integrada global, ya sea a través de la unificación de una serie de arquitecturas empresariales (anteproyectos para la gestión de tecnologías de la información en las organizaciones), o mediante la adopción de estándares de interoperabilidad internacionalmente aceptados que permitan que los diversos sistemas trabajen juntos.

Podemos hacer una analogía con el cuidado de la salud: así como los teléfonos móviles de diferentes fabricantes vienen con una amplia gama de cargadores cuya incompatibilidad resulta frustrante, la atención sanitaria occidental históricamente ha sido víctima de un sistema cerrado, prestando insuficiente atención al intercambio de experiencias y de información. Esto significa que el caso de cada paciente necesita ser abordado desde cero por cada nuevo médico, que tiene limitado acceso a la historia clínica del paciente.

Pero al igual que muchos países africanos han eludido las líneas telefónicas fijas para acercarse a las redes de telefonía móvil, los sistemas de salud puede evitar tener registros en papel.

Es altamente probable que los científicos de los países con recursos limitados sigan este patrón, quizás dejando de lado las metodologías de investigación tradicionales, y a veces ineficaces, por enfoques más progresistas – incluyendo el uso de redes sociales– para hacer frente a prioridades locales para la investigación biomédica.

Redes sociales

En una reciente edición de *Nature*, se sugirió la posibilidad de aprovechar Twitter para facilitar la colaboración entre científicos de países en desarrollo.⁶

A la fecha hay 104 menciones de Twitter en *PubMed*, la principal base de datos para las ciencias de la salud. Estas menciones van desde el uso de Twitter para vigilar los brotes de influenza A/H1N1 o para promover la salud sexual, hasta ayudar a que los profesionales de la salud de más edad brinden retroalimentación a estudiantes.

Cochrane Collaboration ha publicado trabajos reflexionando sobre el potencial de las redes sociales para difundir los resultados de la investigación biomédica y para proporcionar información clínica actualizada a quienes brindan atención sanitaria.⁷

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (artículo no gratuito).

⁶ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#) (artículo no gratuito).

⁷ Puede consultar la página web, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Y algunos grupos están explorando el uso de redes sociales en investigaciones revisadas por pares⁸, basándose en la inmediatez de la interacción y el potencial para reducir los costos.

Hay lecciones para aprender de otras comunidades que generan conocimiento y que se autocorrijen, como Wikipedia, en relación con el altruismo mutuamente beneficioso y el estado que impulsa el trabajo en la mayoría de las redes sociales, además de la transparencia y la exactitud creada a través la revisión visible y 'abierta'.

Sin embargo, los usos positivos e innovadores de las redes sociales no están exentos de inconvenientes. Estas son vulnerables a los abusos, como en el caso del uso de Twitter para eludir los marcos regulatorios tradicionales que tienen como objetivo controlar la publicidad directa a los consumidores hecha por las compañías farmacéuticas.

Mejor, más rápido y más barato

Un fascinante paso adelante sería aprovechar la conectividad de las redes sociales para hallar en la colaboración del público soluciones casi en tiempo real a las preguntas de investigación biomédica.

La duplicación innecesaria de investigaciones es un fenómeno extendido en la ciencia occidental, y la competencia por fondos y publicaciones expone a crear una cultura de secretismo entre científicos ansiosos por proteger sus ideas.

Esto es potencialmente problemático. Pero en países en desarrollo donde los recursos son más escasos y los resultados de las investigaciones son más críticos para salvar vidas humanas, debería haber aun mayor demanda de un modelo racional de cooperación científica.

Tradicionalmente hemos tenido que esperar una reunión de los consejos nacionales de investigación para definir estrategias de investigación. Pero si pudiéramos cambiar a una toma de decisiones descentralizada a través de la libre circulación de información en una red no jerarquizada, la comunidad podría entender –y quizás crear conjuntamente– las prioridades de investigación con mayor conveniencia.

Del mismo modo, a menudo confiamos en una reunión fortuita con investigadores con ideas afines en una conferencia. O aun peor, un científico puede esperar varios años para la publicación de su investigación solo para descubrir que ha trabajado sobre las mismas preguntas que otro, con los mismos resultados y los mismos problemas.

Pero potenciando la naturaleza global de medios como Twitter, con una gran audiencia y grupos con intereses bien definidos, los científicos podrían encontrar colaboradores locales que trabajan en problemas similares con mayor experiencia en áreas específicas de su trabajo.

Eliminando páginas y páginas de redundancia del proceso científico, los científicos de países en desarrollo podrían realizar investigaciones con más velocidad, más enfocada en problemas reales, y que tengan menos duplicación. Y al final podrían difundir sus resultados más eficientemente.

En su libro *Turning the World Upside Down* (Poniendo el mundo al revés), Nigel Crisp refleja la medida en que los sistemas de salud occidentales con burocracias poco flexibles pueden aprender de la evolución de sistemas de avanzada en escenarios de escasos recursos, donde la necesidad engendra innovación. Quizás lo mismo puede ser verdad para la ciencia.

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



Gracias, Wangari Maathai

26 de septiembre de 2011 – Fuente: GuinGuinBali



Wangari Muta Maathai (Nyeri, Kenia, 1 de abril de 1940 - 25 de septiembre de 2011).

Wangari Maathai falleció este domingo tras una larga batalla contra el cáncer. Bióloga, ecologista, científica, parlamentaria keniana, fundadora del Movimiento del Cinturón Verde, activista por la justicia social y por los derechos humanos, anciana, pacificadora, premio Nobel de la Paz, fue además la primera mujer en obtener un doctorado universitario en África Oriental y Central y también en presidir un departamento universitario. África llora una gran pérdida.

Con un comunicado en la página web de su organización y un escueto "con gran tristeza la familia de Wangari Maathai anuncia su muerte tras una larga y valiente batalla contra el cáncer", se anunciaba el deceso de la bióloga, ecologista, científica, parlamentaria keniana, fundadora del Movimiento Cinturón Verde, activista por la justicia social y por los derechos humanos y la democracia, anciana, pacificadora y también premio Nobel de la Paz. Una muerte que hiere a Kenia y a toda África.

Después que en junio de 2010 los médicos le diagnosticaron la enfermedad, Maathai frecuentemente estaba en el hospital. Sus viajes fuera de su país para divulgar su conocimiento y extender la necesidad del movimiento del Cinturón Verde se redujeron y su estado de salud fue una quimera de la que apenas había información.

Hija de pequeños agricultores, pudo aprovecharse de las becas 'puente aéreo Kennedy' y estudiar en Kansas, donde culminó su licenciatura en Ciencias Biológicas, el inicio de su activa lucha por hacer de la protección del ambiente una cuestión global de máxima importancia.

Desde que concluyó sus estudios regresó a Kenia, que por entonces se acababa de independizar, y poco después se unió a la Escuela de Medicina Veterinaria de la Universidad de Nairobi. Fue la primera mujer en África Oriental y Central en recibir un doctorado universitario y también se convirtió en la primera mujer en presidir un departamento en la Universidad.

Maathai se enroló en organizaciones ambientales y humanitarias en Nairobi, convención a las mujeres rurales para

aprender como les afectaba el deterioro de las condiciones ambientales y sociales, sobre todo a los pobres.

El inicio del proyecto del Cinturón Verde, del que Maathai fue bandera, se produjo después de estas conversaciones con las mujeres más pobres del país, intuyendo que sus problemas se podrían solucionar con una gran plantación de árboles. Les proporcionaría la leña para poder cocinar, el forraje para poder dar de comer al ganado, se protegerían las cuencas hidrográficas y además conseguirían estabilizar el suelo para poder mejorar la agricultura. El proyecto del Gran Cinturón Verde (GBM) ha conseguido que cientos de miles de hombres y mujeres planten más de 47 millones de árboles, además de rehabilitar entornos degradados y mejorar la calidad de vida de las personas en situación de pobreza.

Maathai no dudó en relacionar pobreza y deterioro del ambiente, contra la corriente política de su país, habitualmente seguidora del desarrollismo. Su trabajo consistía en hacer ver a las comunidades rurales que mantener sus tierras y medios de vida era lo mejor para salvar su cultura. La plantación de árboles era la puerta de entrada para una agenda social más amplia, con asuntos económicos y ambientales.

La Organización de Naciones Unidas (ONU) le rindió tributo a través de su Secretario General, quien expresó su tristeza ante la noticia y recordó a Maathai como una gran defensora de las garantías fundamentales y de la igualdad de la mujer. "La profesora fue precursora en el entendimiento de la relación entre derechos humanos, pobreza, protección ambiental y seguridad, por ello consiguió el Nobel de la Paz en 2004", señaló Ban Ki-moon.

Publicidad relacionada con la salud



**¿Estás solo esta noche?
No dejes que el sida sea tu compañero.**
AIDS Delegationen (1989. Suecia).

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica a través de unidad centinela y/o nodo de vigilancia clínica, o actividades de capacitación de su nivel local, les solicitamos nos envíen su artículo para que sea publicado 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.

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.