



Boletín Epidemiológico

Proyecto PAMAFRO

Octubre 2006

INDICE

I. Situación de la Malaria en ámbitos de frontera del Proyecto: «Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina, Un Enfoque Comunitario»-PAMAFRO.

II. Situación de la Malaria por P. Vivax en los Países ámbito del Proyecto PAMAFRO y IV Trimestre del 2005.

III. Situación de la Malaria por P. Vivax en las Fronteras ámbito del Proyecto PAMAFRO. Trimestre 4 de 2005.

1. Frontera Colombia - Perú
2. Frontera Colombia - Venezuela
3. Frontera Ecuador - Perú

IV. Conclusiones

1. Malaria por P. Vivax en el ámbito del Proyecto PAMAFRO, 2005.
2. Análisis de la evolución de la Malaria por P. Vivax en el IV Trimestre de 2005.

V. Situación de la Malaria por P. Falciparum en los Países ámbito del Proyecto PAMAFRO. Trimestre 4 de 2005.

VI. Situación de la Malaria por P. Falciparum en las Fronteras ámbito del Proyecto PAMAFRO. Trimestre 4 de 2005.

1. Frontera Colombia - Perú
2. Frontera Colombia - Venezuela
3. Frontera Ecuador - Perú

VII. Conclusiones

1. Malaria por P. Falciparum en el ámbito del Proyecto PAMAFRO, 2005
2. IV Trimestre 2005

ORGANISMO ANDINO DE SALUD
Convenio Hipólito Unanue

Dr. Oscar Feo Istúriz
Secretario Ejecutivo

Elaboración y Edición

Dr. Luis Beingolea M.
Médico Epidemiólogo

Mg. Eloísa Nuñez R.
Enf. Epidemióloga,
Bioestadista

Tec. Inf. Milagros Araujo G.
Diagramadora

EDITORIAL

VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD PARA EL CONTROL DE LA MALARIA EN AMBITO DE FRONTERA

Enfrentar las enfermedades trasmisibles, en particular la malaria en ámbitos de frontera es un reto especial debido a las limitaciones en los sistemas de salud y a las carencias que afectan a la población que habita estos espacios. En el sector salud, existen dificultades operativas que impiden una adecuada respuesta institucional debido a los altos costos para llevar a cabo las acciones sanitarias en los lugares que, por lo general no disponen de buena infraestructura de servicios de atención, tienen limitado acceso a los medicamentos, escaso equipamiento, personal insuficientemente capacitado y sin las facilidades de comunicación; necesarias para dar una atención oportuna.

De otro lado, las poblaciones de estos ámbitos no disponen de los recursos económicos, acceso a tecnologías e insumos para poder enfrentar los riesgos y la presencia de las enfermedades prevalentes en sus comunidades aunándose a ello que viven en zonas de difícil acceso, con insuficiente oferta de servicios básicos o sin ellos; en ámbitos rurales o semi rurales donde existen factores prevalentes para la presencia de enfermedades trasmisibles.



Ante este escenario se hace ineludible el abordaje de este problema mediante el concurso armónico y solidario de los miembros de las instituciones, autoridades locales, personas claves de la comunidad y la población en general para enfrentar los tres grandes factores que favorecen la persistencia de la malaria (huésped, parásito y socioeconómicos-geográficos) y darle así consistencia a la respuesta social

Las medidas mas efectivas para el control de los casos se relacionan con la oportunidad para acceder al diagnostico de laboratorio y la disminución del periodo de tiempo para el inicio del tratamiento; y para que ello sea ejecutado, los trabajadores de salud deberán recibir capacitación o actualización de conocimientos en diagnostico clínico y laboratorial, tratamiento de casos, gestión de medicamentos, medidas para el control vectorial; entre otros. Estas actividades deben realizarse, siempre que sea posible y en los espacios que correspondan, con la activa participación de la población, la que debería ser considerada como el «primer nivel de responsabilidad» dentro del manejo integral de estos problemas de salud.

A estas capacidades adquiridas, se deberá acompañar el conocimiento del método epidemiológico, el mismo que servirá para preparar y desarrollar estrategias para una adecuada toma de decisiones, mas cercana a su realidad local.

En la medida de sus posibilidades, se debe de capacitar a este grupo de salud para el uso de programas informáticos los mismos que facilitaran el análisis estadístico básico y la graficación de los resultados.

>> *continua*



Sobre esta ganancia de capacidades técnicas debe primar el mejoramiento constante de la cultura de la calidad; mejoramiento de la gestión, la supervisión y la evaluación permanente en los servicios de salud.

Una herramienta muy útil que puede fortalecer, tanto la adaptación de las estrategias a los contextos locales, como el desarrollo de actitudes favorecedoras del mejoramiento continuo de la calidad, es la investigación acción y/o operativa. Estos instrumentos, además de ofrecer información útil para una buena decisión, generan nuevos conocimientos y por ende, empoderamiento entre quienes los implementan.

Conjuntamente con la mejor atención médica para el paciente e integrar las diferentes fuentes de información para obtener evidencias, se debe de conocer y aplicar las nuevas estrategias en el control de la malaria, fomentando el uso de los métodos comprobadamente eficaces como; el uso de mosquiteros impregnados, las pruebas rápidas de Inmunocromatografía para detectar la Malaria en sus diferentes formas, la siembra de peces larvivoros en los reservorios permanentes de agua, la limpieza y mantenimiento de canales y drenajes, el riego intermitente en los arrozales, uso de árboles y plantas repelentes de insectos, la limpieza de vegetación de los cauces de los rios, el manejo del agua para el control de mosquitos trasmisores de malaria y los tratamientos completos que se dan a los pacientes en un solo paquete.

Finalmente, la coparticipación de la comunidad en la construcción de las medidas de prevención y control en salud pública se consolidaran con el inicio o el fortalecimiento de los procesos de sensibilización, comunicación, educación y puesta en practica obteniendo a cambio un mayor nivel de compromiso por sus principales lideres y organizaciones, autoridades civiles y militares de la localidad. A ello, para asegurar un impacto contra la enfermedad a mediano y largo plazo en las zonas donde la enfermedad es prevalente, es fundamental la capacitación y educación a los niños y profesores sobre las estrategias ya antes mencionadas, promoviendo su participación activa permitiendo compartir las experiencias en su aprendizaje que, a la larga permitirá realizar los cambios de conducta en el hogar y en la vecindad; necesarios para lograr el deseado control de la enfermedad en la comunidad.



Y cerrando este círculo, es muy importante hacer tomar conciencia al personal de los servicios de salud, quienes no sólo tienen la tarea de realizar o dirigir la implementación de estas medidas, sino que deben entender y valorar la capital importancia que tiene la participación de la población para lograr estos fines. Por lo tanto, se hace prioritario dotar a todos los trabajadores de salud involucrados en estos procesos, con los conocimientos y destrezas necesarias para que logren una efectiva comunicación. Esta debe ser lo más horizontal y bidireccional posible, teniendo en cuenta a los diferentes actores de cada comunidad; no sólo los visibles como son los líderes comunitarios o los promotores de salud, sino también los frecuentemente marginados u «olvidados»: niños, madres de familia, etc.

Todo esto permitirá establecer una adecuada interrelación entre los servicios de salud y las poblaciones a las que estos sirven, logrando así un trabajo conjunto que, involucrando a las comunidades en la vigilancia de una enfermedad específica vaya mucho más allá de la consecución de datos para alimentar un sistema de información. Este proceso debe estar encaminado a incrementar la conciencia de la población acerca de ese (y otros) problemas de salud y, lo más importante, establecer la noción de que son situaciones que se pueden mejorar si se aúnan esfuerzos y se trabaja en una misma dirección donde prevalezca el fortalecimiento del interés colectivo.

Sólo así se lograra eliminar uno de los principales factores productores de enfermedad y sufrimiento entre las poblaciones marginadas, como frecuentemente son las que habitan en zonas de frontera: la sensación de impotencia y resignación frente a la realidad en que se desenvuelven.



I. SITUACIÓN DE LA MALARIA EN AMBITOS DE FRONTERA DEL PROYECTO: «Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina, Un Enfoque Comunitario»-PAMAFRO. 2002-2005

Introducción

La malaria constituye un problema de salud pública mundial, es endémica en 3 continentes (África, Asia y las Américas). Cerca del 60% de los casos de malaria en el mundo y el 80% de las muertes ocurren en el África en Sudamérica hay 9 países que tienen casos de malaria, focalizados en la región que comparten la selva amazónica.

Las enfermedades infecciosas representan menos de 2% de las defunciones en los países de altos ingresos, pero causan 21% de las defunciones en los países de bajos y medianos ingresos; revelando una clara diferencia en la situación sanitaria de los países ricos en comparación con los pobres. Tres enfermedades transmisibles representan alrededor de 10% de las defunciones en los países de ingreso bajo y medianos¹ ingresos: la infección por el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria.

En la Sub Región Andina la malaria es endémica en 5 de los 6 países: Colombia, Venezuela, Bolivia, Ecuador y Perú, es así que surge como una iniciativa de los Ministros de Salud del Área Andina el Proyecto «Control de la Malaria en las Zonas Fronterizas de la Región Andina: Un Enfoque Comunitario» (PAMAFRO), el cual integra esfuerzos entre Ecuador, Colombia, Perú y Venezuela para reducir la Malaria en las zonas de mayor incidencia por esta enfermedad. El objetivo es disminuir en un 50% la morbilidad y en 70% la mortalidad por esta causa.

En este escenario surge la gran necesidad de implementar la Vigilancia Epidemiológica Integrada en estos países a fin de contar con información útil oportuna y confiable con el propósito de:

- Estimar la magnitud del problema
- Comprender la historia natural de la enfermedad, con fines de pronóstico
- Detectar los brotes, epidemias, identificar y documentar su distribución y propagación
- Evaluar las medidas de control y prevención, cambio de prácticas
- Planificar, monitorear los factores de riesgo, actividades de aislamiento, etc.

En esta edición se presenta el análisis de situación de la malaria en los 4 países que son beneficiados por el Proyecto PAMAFRO; en el ámbito de frontera en el Nivel de Unidades Territoriales Equivalentes 2 (NUTE2) equivalente a los departamentos en Colombia y Perú, Provincias en Ecuador y Estado en Venezuela. Se prevé contar con información a nivel de Nutes 4 en un corto plazo (equivalentes a Municipio en Bolivia y Colombia, Parroquia en Ecuador y Venezuela, y Distrito en Perú), lo que nos permitirá un monitoreo más específico y focalizado del problema. La información presentada corresponde a los casos confirmados de malaria reportados a la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica (RAVE) del Organismo Andino de Salud, no se ha considerado el análisis de casos probables y fallecidos debido a la irregularidad de los reportes.



Visite nuestra nueva pagina web:
www.orasconhu.org



II. SITUACIÓN DE LA MALARIA POR *P. vivax* EN LOS PAÍSES ÁMBITO DEL PROYECTO PAMAFRO. IV Trimestre del 2005

En general la Malaria por *P. vivax* durante el periodo 2002 a 2005 en los países ámbito del proyecto PAMAFRO, presenta una tendencia estacional de la enfermedad durante este periodo salvo durante el 2004 año donde se mostró estable durante todos los meses del año.

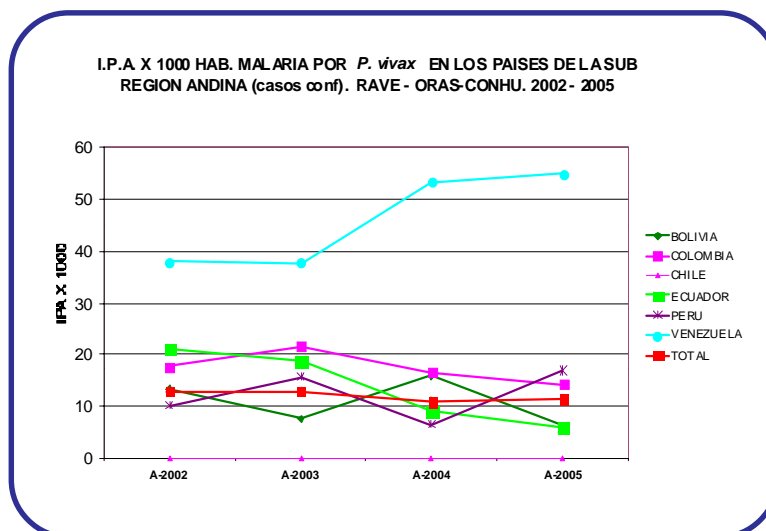
Sin embargo, analizando individualmente cada país y al interior de cada uno se encuentran contrastes importantes.

En el caso de Colombia, luego del sustancial incremento de la enfermedad del año 2002, post el pequeño Fenómeno ENOS (El Niño-Oscilación Sur de ese año) esta enfermedad se ha mantenido estable en el periodo 2004 - 2005, con tendencia a reducir su incidencia.

Para el Perú hubo un incremento en el 2005 respecto al año anterior, en casi tres veces la proporción de casos (IPA 2004, = 6 y 2005 = 17 x 10³ hab.)

En el caso de Venezuela observamos una tendencia creciente y sostenible desde el 2002 hasta 2005. La información oficial del Ecuador en el año 2005 enviada al ORAS-CONHU es del total de casos (probables y confirmados).

Para fines del 2005, se han registrado los siguientes índices Parasitarios Anuales (IPAs) acumulados en estos países: en Colombia 14 casos x 10³ hab., en Perú 17 casos x 10³ hab., en Venezuela 55 casos x 10³ hab, y el sistema de vigilancia del **Ecuador**, para efectos del Boletín ha notificado un IPA de **6 casos x 10³ hab.**



IPA x 1000 hab. Casos Confirmados de Malaria por *P. vivax* en los países Andinos. 2002-2005

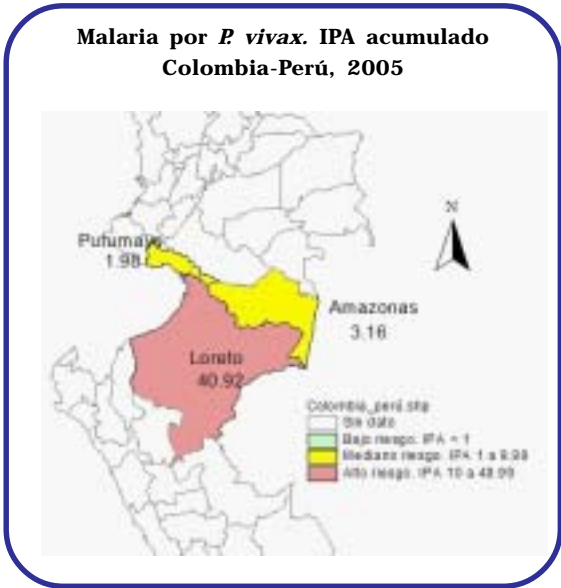
Países	AÑOS				
	2002	2003	2004	2005	Total
Colombia	18	22	16	14	17
Ecuador	21	19	9	6	14
Perú	10	16	6	17	12
Venezuela	38	38	53	55	44



III. SITUACIÓN DE LA MALARIA POR *P. VIVAX* EN LAS FRONTERAS ÁMBITO DEL PROYECTO PAMAFRO. IV Trimestre de 2005

Frontera Colombia - Ecuador

Las NUTE 2 de Frontera del Ecuador (provincias) de Sucumbios y Esmeraldas desde el 2002 han reportado los mas altos IPAs en la frontera sin embargo no se pueden hacer referencias a partir del 2004 debido a la ausencia de datos desagregados por casos confirmados y probables. Respecto a las NUTE 2 de Colombia (departamentos), Putumayo y Nariño, referimos que en los tres últimos años mantienen la enfermedad bajo control según la información enviada. Conforme a los IPAs del año 2005 mostrados en el mapa observamos que Nariño se ubica en bajo riesgo y Putumayo en mediano riesgo de malaria por *P. vivax*.

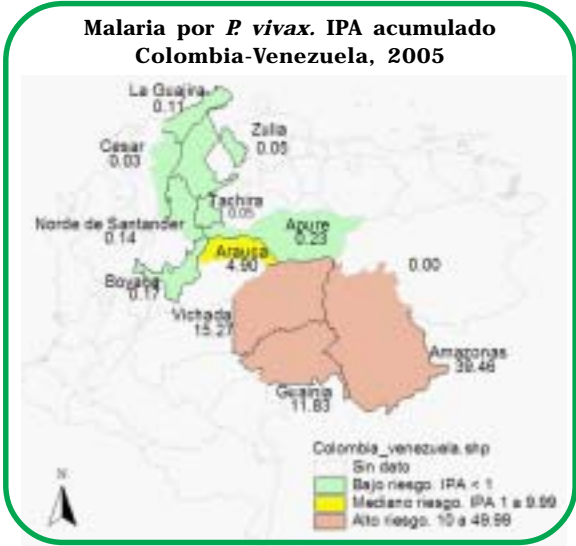


Frontera Colombia - Perú

En esta frontera el departamento que ha registrado el mayor IPA de malaria por *P. vivax* en el periodo 2002 - 2005 es Loreto de Perú. En el 2005 el índice de Loreto ha sido 41 casos x 10³ hab. Y en lado Colombiano los departamentos de Putumayo y Amazonas han registrado IPAs de 3.16 y 1.98 x 10³ hab. y se han mantenido estables En el siguiente mapa podemos observar que los IPAs acumulados del 2005, indican que Amazonas y Putumayo de Colombia se encuentran en mediano riesgo y Loreto en alto riesgo.

Frontera Colombia - Venezuela

En el período 2002 a 2005 la frontera de Colombia y Venezuela ha sido la mas afectada dentro de las fronteras del ámbito del proyecto, el IPA del Estado de Amazonas en Venezuela y los Departamentos de Guainia y Vichada en Colombia, han oscilado entre 1 y 3 casos confirmados x 10³ hab. Amazonas ha presentado los mas altos indices en este periodo. Los IPAs del 2005 presentados en el mapa muestran los respectivos niveles de riesgo.





Frontera Ecuador - Perú

El departamento de Loreto-Perú ha registrado el mayor índice en esta frontera, su tendencia ha sido estable y con estacionalidad anual, sus índices han superado durante el periodo 2002-2005 a los departamentos de Amazonas y Tumbes en su país, zonas altamente endémicas. En el 2005, los IPAs indican que los departamentos de Tumbes, Piura y Cajamarca, en Perú se encuentran en bajo riesgo, Amazonas en mediano riesgo y en alto riesgo Loreto. De otro lado, a partir de 2004 no se dispone de información desagregada por casos confirmados y probables por parte de Ecuador.

Malaria por *P. vivax*. IPA acumulado Ecuador-Perú, 2005

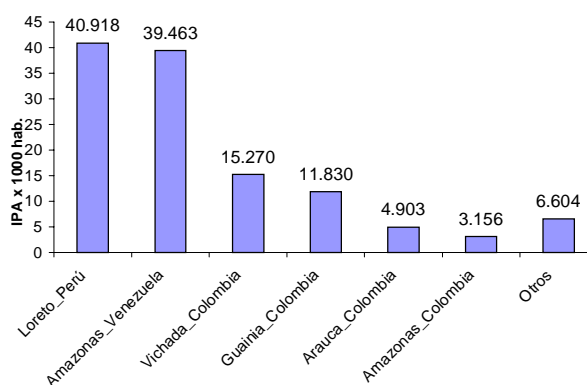


IV. CONCLUSIONES

Malaria por *P. vivax* en el ámbito del Proyecto PAMAFRO, 2005

De las 19 NUTE 2 del ámbito del proyecto (excepto Ecuador, por falta de datos); el departamento de **Loreto**, en Perú presentó el mayor índice de malaria por *P. vivax*, contribuyendo con **36%** al problema (**IPA = 40.9**), seguido del Estado de **Amazonas de Venezuela** que contribuyó con el **34%**, (**IPA = 39.5**), los departamentos de **Vichada con 13%**, **Guainía con 10%**, **Arauca con 4%** en Colombia y las otras NUTES que en conjunto son responsables del 5 % del problema.

Malaria por *P. vivax* en las Nutes 2 de las fronteras ámbito del Proyecto PAMAFRO Trimestre 4 de 2005



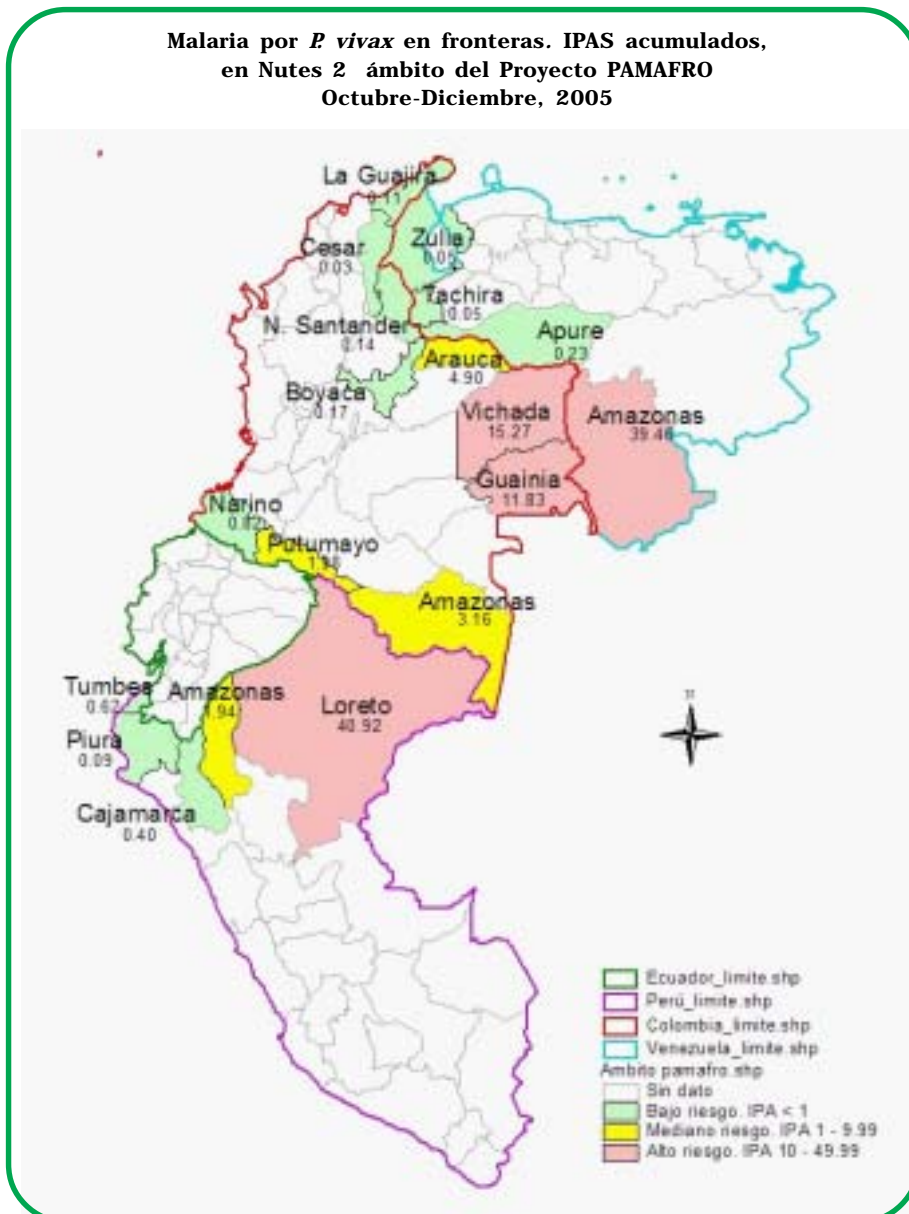
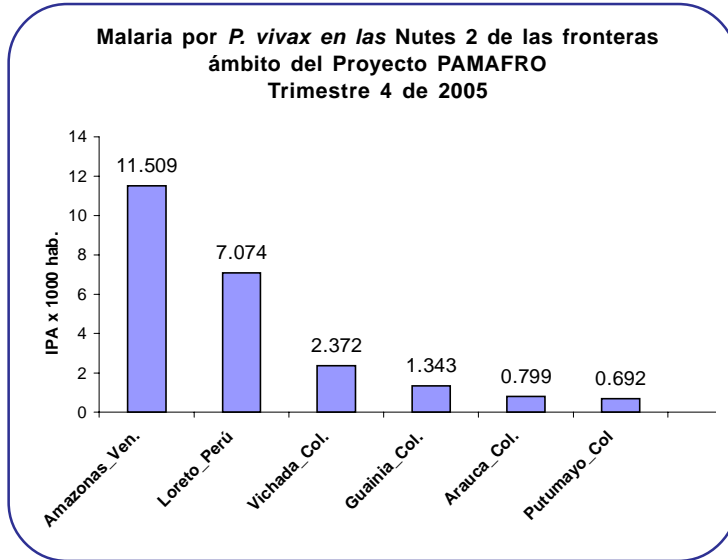
Análisis de la evolución de la Malaria por *P. vivax* en el IV Trimestre del 2005

Podemos observar en el siguiente gráfico las Nutes 2 más afectadas por malaria por *P. vivax* a nivel de fronteras en el ámbito del proyecto en el cuarto trimestre de 2005, observamos que la NUTEs **Amazonas de Venezuela** ha contribuido al problema en este periodo en **47%** (**IPA = 11.5**), seguida de la NUTEs **Loreto de Perú** que aportó el **27%** (**IPA = 7.1**); sigue a ellas **Vichada, Guainía, Arauca y Putumayo de Colombia, quienes aportan en suma el 20%**, y finalmente todas las otras Nutes representan en suma el 5% del problema.

El espacio de frontera más afectado entre dos países en la evaluación de riesgo por IPAS, es la frontera Colombia Venezuela, cuyas NUTES colindantes de Vichada y Guainía de Colombia y la NUTE Amazonas de Venezuela, tienen el 34% del problema de malaria por *P. vivax* en estos países. Vichada a su vez comparte frontera con Arauca, la cual tiene mediano riesgo y ella a su vez limita con Boyaca y Apure las cuales tiene bajo riesgo. Finalmente las Nutes de Colombia: La Guajira, César y Norte de Santander comparten límite con la Nutes Zulia y Tachira de Venezuela y en todas ellas se observa niveles de riesgo bajos.



En la frontera Colombia Perú observamos que la NUTE Loreto de Perú registra el mas alto IPA de esta frontera, con el 36% del problema en el ámbito del proyecto; coincidentemente todas las Nutes que limitan con ella son de mediano riesgo (Amazonas y Putumayo de Colombia y Amazonas de Perú).

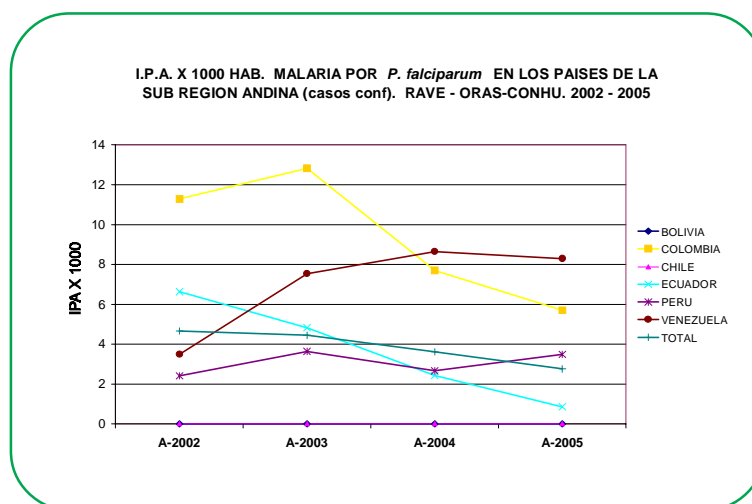




V. SITUACIÓN DE LA MALARIA POR *P. FALCIPARUM* EN LOS PAÍSES ÁMBITO DEL PROYECTO PAMAFARO. IV Trimestre de 2005

En el periodo 2002 al 2005, la malaria producida por el *Plasmodium falciparum* a tenido un retroceso significativo y ha mantenido al final del periodo, un índice Falciparum Anual (IFA) en mediano riesgo. Sin embargo Venezuela desde el año 2002 ha mantenido una tendencia significativamente creciente logrando estabilizar la morbilidad dada por esta enfermedad a partir del año 2004. Respecto a Ecuador, de acuerdo a los consolidados anuales alcanzados por este país a la RAVE con fines de análisis la tendencia decreciente habría ocurrido en el periodo 2002 a 2005.

Para fines del 2005, se ha registrado los siguientes IPAs acumulados: en **Colombia 6 casos x 10³ hab.**, en **Perú 3 casos x 10³ hab.**, en **Venezuela 8 casos x 10³ hab.**, y el sistema de vigilancia del **Ecuador**, para efectos del Boletín ha notificado un IPA de **1 caso x 10³ hab.**



IFA x 1000 hab. Casos Confirmados de Malaria por *P. vivax* en los países Andinos. 2002-2005

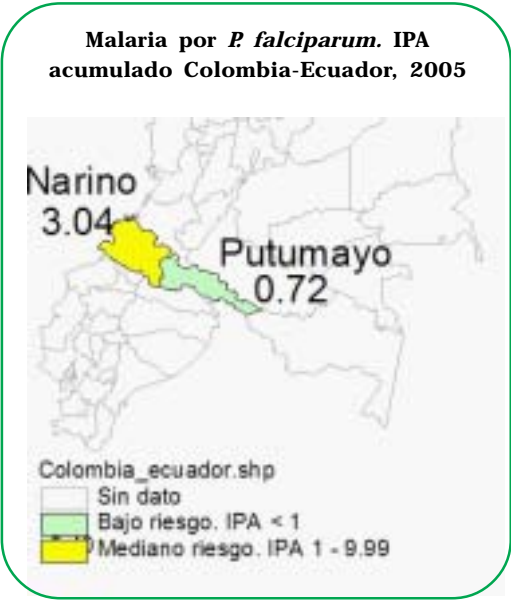
Países	AÑOS				
	2002	2003	2004	2005	Total
Colombia	11	13	8	6	9
Ecuador	7	5	2	1	4
Perú	2	4	3	3	3
Venezuela	5	4	4	3	4



VI. SITUACIÓN DE LA MALARIA POR *P. FALCIPARUM* EN LAS FRONTERAS ÁMBITO DEL PROYECTO PAMAFRO. IV Trimestre de 2005

Frontera Colombia-Ecuador

El departamento de Nariño en Colombia ha mostrado una tendencia decreciente desde el 2002 hasta fines de 2003, luego se ha mantenido estacionaria hasta fines de 2005, por otro lado Putumayo ha venido presentando índices mas bajos y a logrado estabilizar la tendencia de la enfermedad. Al evaluar los IPAs acumulados en este último año, se verifica que Putumayo tiene bajo riesgo y Nariño; mediano riesgo.



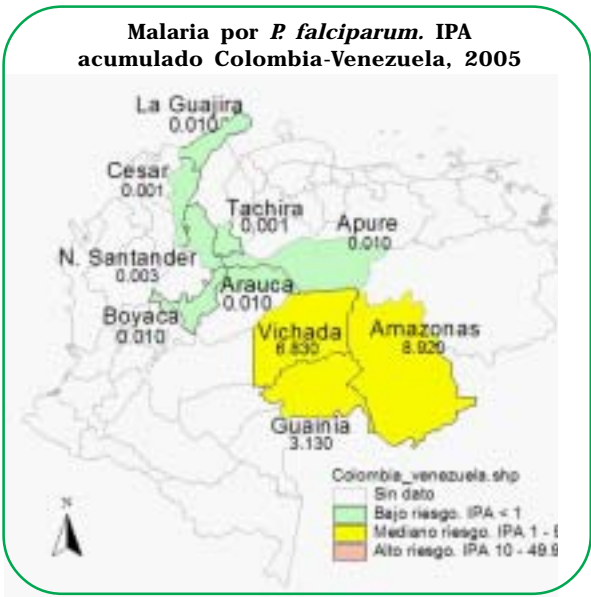
Frontera Colombia-Perú

Existen 3 departamentos en esta frontera, Amazonas y Putumayo de Colombia y Loreto de Perú, este ultimo también sigue una tendencia a la disminución de los IFA con respecto a los años anteriores. En el mapa de riesgo se identifica que Putumayo y Amazonas de Colombia se encuentran en bajo riesgo y Loreto de Perú en mediano riesgo.

Frontera Colombia Venezuela

En esta frontera los más altos índices de ocurrencia de casos de malaria por *P. falciparum* han estado concentrados en Amazonas de Venezuela, Guainía y Vichada de Colombia, este estado y departamentos han mostrado tendencias relativamente estables en el 2002 y a inicios del 2003 empieza el incremento de los IFAs hasta el primer trimestre de 2004, momento en el que alcanzan sus máximos índices del periodo 2002 - 2005.

En el 2005 los IFAs acumulados de las NUTES muestran que siete de ellas se encuentran en bajo riesgo de malaria por *P. falciparum*: Apure, Tachira, La Guajira, Cesar, Norte de Santander, Arauca y Boyaca; y tres Nutes se encuentran en mediano riesgo: Vichada, Guainía y Amazonas de Venezuela.





Frontera Ecuador-Perú

En Loreto Perú se observa una tendencia estable y ha registrado IPAs alrededor de $1.8 \text{ casos} \times 10^3 \text{ hab.}$ en el periodo 2002 a 2005, los otros departamentos de Perú han registrado IPAs menores a 1 en este periodo. Por otro lado de acuerdo a los IPAs del 2005, se ha observado que las Nutes Amazonas, Tumbes, Piura y Cajamarca se califican como zonas de bajo riesgo de malaria por *P. falciparum*, y Loreto como zona de mediano riesgo.

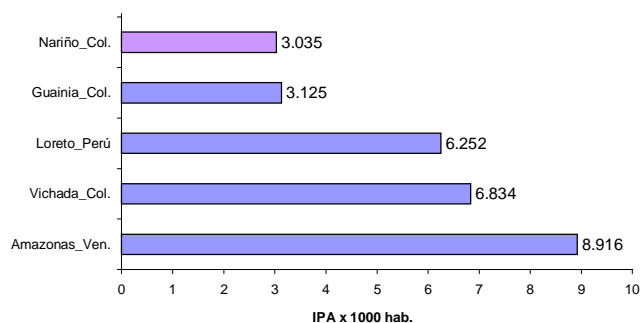
Malaria por *P. vivax*. IPA acumulado Ecuador Perú - 2005



VII. CONCLUSIONES

En el 2005, considerando las 19 unidades territoriales de los países de Venezuela, Colombia y Perú, podemos observar a las más afectadas, dentro de ellas **Amazonas que estaría contribuyendo en un 30%** al problema en el ámbito del proyecto, **Vichada sería responsable del 23%, Loreto de Perú del 21%, Guainía de 11%, Nariño de 10%** y todas las otras Nutes en suma estarían aportando el 5% al problema.

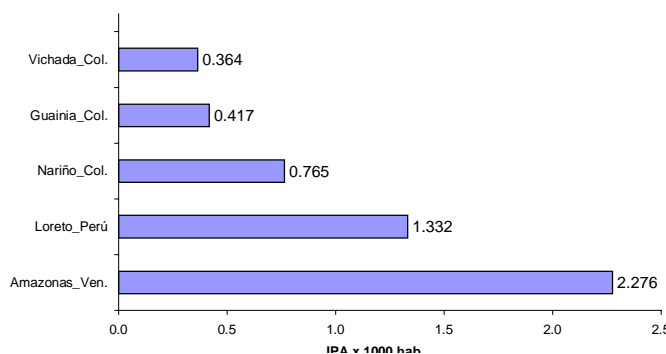
Malaria por *P. falciparum* en las Nutes 2 de las fronteras ámbito del Proyecto PAMAFRO. 2005



IV Trimestre 2005

Estableciendo la tendencia de la enfermedad en el tiempo, continua **Amazonas de Venezuela (IPA $2.276 \times 10^3 \text{ hab.}$) siendo el principal problema con 43%** en el ámbito del proyecto; seguida de la **NUTE Loreto de Perú (IPA de $1.332 \times 10^3 \text{ hab.}$)**, con el 25%; seguido en orden descendente por **Nariño, Guainía y Vichada de Colombia, quienes aportan el 14%, 8% y 7%**, y finalmente todas las otras que representan en suma el 3% del problema.

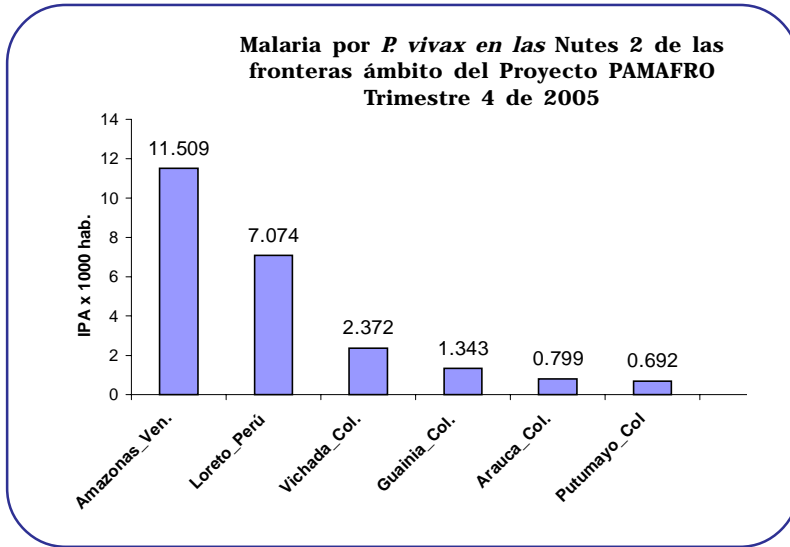
Malaria por *P. falciparum* en las Nutes 2 de las fronteras ámbito del Proyecto PAMAFRO Trimestre 4 de 2005



En el mapa de riesgo las **NUTES Amazonas de Venezuela, Guainía y Vichada de Colombia, son zonas de mediano riesgo** para malaria por *P. falciparum*, ellas a su vez colindan con Arauca y Apure, que son Nutes de bajo riesgo, al igual que Boyaca, Norte de Santander, César, La Guajira y Tachira.



En la frontera Colombia Perú, al igual que para malaria por *P. vivax*, la Nutes **Loreto** de Perú **registra el mas alto IPA** de malaria por *P. falciparum* en esta frontera, calificándose como zona de **mediano riesgo**; mientras tanto las NUTES de ambos países que limitan con ella, son de bajo riesgo de transmisión. De otro lado la NUTE **Nariño** de Colombia que limita con Ecuador esta registrada como zona de **mediano riesgo**.





*Nuestro sincero agradecimiento a las
instituciones y personas que hacen posible la publicación
del Boletín Epidemiológico:*

Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia

Dr. Rene Barrientos
Dr. Ricardo Batista

Ministerio de Protección Social de Colombia

Dr. Victor Hugo Alvarez
Sr. Jorge Eliecer González

Ministerio de Salud de Chile

Dra. Andrea Olea
Lic. Viviana Sotomayor

Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Dr. Nelsón Vasconez
Sr. Eduardo Aguilar

Ministerio de Salud de Perú

Dr. Luis Suárez
Dr. Aquiles Vilchez

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela

Dr. Jose Manuel García
Dr. Edgar Rivera Gallardo

Av. Paseo de la República 3832
San Isidro, Lima - Perú

Telf.: (511) 4409285; 2210074

Fax: (51-1) 22663

Pág. WEB: www.orasconhu.org