

ÉBOLA, ENFERMEDADES EMERGENTES Y SEGURIDAD SANITARIA INTERNACIONAL

A lo largo de la historia hubo grandes epidemias mortales que obligó a muchos países a proteger sus fronteras de las enfermedades que llegaban a través de rutas comerciales; eran esfuerzos individuales poco efectivos que fueron dando lugar a acuerdos regionales; hoy es imprescindible una estrategia global para controlar la difusión de estas patologías



Por Elena Pedroni

La expansión de los riesgos, enfermedades y problemas sanitarios junto con la necesidad de actuar colectiva y coordinadamente en pro de la salud de las poblaciones fueron reconocidos desde hace más de cien de años.

En la primera mitad del siglo XIX una gran epidemia de cólera, originada en la región del río Ganges en la India, se diseminó entre los países de Europa, ingresando por los puertos marítimos y afectando rápidamente las ciudades capitales (Figura N° 1). Solamente en España, en 1843 se reportaron 102.500 muertes por cólera.



Figura N° 1
Vías de entrada y diseminación de cólera en España y Portugal

Fue en 1848, en Gran Bretaña y bajo el gobierno de la Reina Victoria, que se dicta la primera ley de Salud Pública con fundamentos de la Salud Pública moderna. La *First Public Health Act* trataba sobre el alcantarillado, provisión de agua, limpieza urbana, entre otros aspectos; y suponía la asunción por parte de los gobiernos de la responsabilidad de proteger la salud de los ciudadanos.

Por la amenaza que representaba esta epidemia de cólera, y las ya conocidas desde tiempo inmemorial como la peste bubónica y la fiebre amarilla, con muerte, desolación y miseria que dejaban tras su paso, cada país se encontraba ante la necesidad y la urgencia de proteger sus fronteras contra la llegada de estas enfermedades a través de las distintas rutas comerciales.

En ese entonces la preocupación de los distintos estados, estaba casi exclusivamente referida a sus propios intereses comerciales, siguiendo políticas sanitarias diferentes, y sin intercomunicación del acontecer epidémico de sus vecinos. Cada país afectado trataba de solucionar el problema por sí mismo, sin solicitar ayuda ni dar información



Figura N° 2
Portada de la Primera Conferencia Sanitaria Internacional. París, 1851

algunas a otros naciones. Eso originó la necesidad de una política sanitaria internacional con acciones preventivas en común con aceptación por parte de todos los Estados. Así, en 1851, y a solicitud de Francia, se celebra en París la Primera Conferencia Sanitaria Internacional (Figura N° 2). Hasta 1938 se habían desarrollado en total catorce conferencias similares surgiendo diferentes regulaciones sanitarias internacionales que quedaron plasmadas en las Actas de cada conferencia.

Mientras tanto en América, a finales del siglo XIX, la falta de progreso significativo en la colaboración internacional para afrontar los problemas de salud relacionados fundamentalmente al comportamiento sin control de la fiebre amarilla, preocupaban a los gobiernos de algunos países por las interferencias con el comercio internacional. Esta situación impulsó la organización de un frente unido contra la propagación de las epidemias y las enfermedades infectocontagiosas que asolaban la re-

La Dra Elena Pedroni es Especialista en Epidemiología de Campo, formada bajo el programa "Field Epidemiology Training Program" (FETP) de los CDC de EEUU. En los últimos años se desempeñó como Consultora Internacional de la Organización Panamericana de la Salud. Desde ese rol ha participado y conducido diversas misiones de investigación y respuesta a brotes de enfermedades transmisibles, incluyendo la pandemia de influenza en México y Chile. Ha ejercido los cargos de Epidemiólogo Senior en proyectos del Banco Mundial; Directora de Epidemiología de la Provincia de Entre Ríos; Directora de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Actualmente es Directora de la "Consultora Independiente en Epidemiología y Salud Pública Internacional" (CIESPI), y docente invitada de ISALUD.

gión de las Américas. Esta decisión, dio origen en 1902 a lo que vendría a ser el organismo internacional más antiguo de ininterrumpida dedicación a la salud: la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta Oficina, luego de la constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1948, pasó a denominarse la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para atención en las Américas.

En 1951, los Estados Parte de la OMS aprobaron el Primer Reglamento Sanitario Internacional, publicado en 1969 (Figura N° 3). Éste, que inicialmente abarcaba seis "enfermedades cuarentenables", fue modificado en 1973 y 1981, reduciendo de seis a tres el número de enfermedades comprendidas (fiebre amarilla, peste y cólera) y para reflejar la erradicación mundial de la viruela.

Primera emergencia mundial

Los avances tecnológicos de las décadas posteriores y el aumento de los viajes por turismo o comercio internacional "estrecharon" las distancias entre los países incrementando no sólo la circulación de las personas, sino también de diferentes tipos de agentes nocivos para la salud. Además la adaptación de los agentes biológicos, el surgimiento de nuevas enfermedades y resurgimientos de otras ya eliminadas, las probabilidades del uso deliberado de armas biológicas, los cambios climáticos, las consecuencias de los desastres naturales o provocados por la acción intencional o accidental del hombre, fueron nuevamente preocupaciones de los organismos internacionales.

Teniendo en cuenta estas amenazas de daños y riesgos para la salud pública internacional, la 48ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en 1995, pidió que se emprendiera una revisión sustancial del Reglamento adoptado en 1969. Después de un extenso trabajo preliminar y luego de la primera emergencia de salud pública de alcance mundial del siglo XXI que afectó

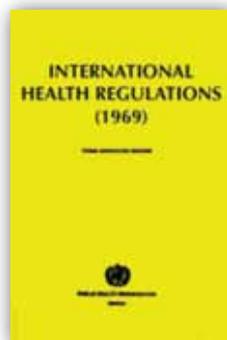


Figura N° 3
Portada del Primer Reglamento Sanitario Internacional. (1969)

Figura N° 4
Portada del Nuevo Reglamento Sanitario Internacional. (2005)



en 2003 a veintiséis países con US\$ 60 billones de pérdidas económicas, el síndrome respiratorio agudo severo (SARS), la Asamblea de la Salud estableció ese año un Grupo de Trabajo Intergubernamental para la revisión del Reglamento.

El nuevo Reglamento Sanitario Internacional, RSI (2005), fue adoptado por la 58ª Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007.

La finalidad y el alcance del RSI (2005) son «prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública y evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales». El RSI (2005) presenta una serie de novedades, entre las que cabe citar:

- cambia el concepto de enfermedad por "evento" que lleve o pueda llevar a un daño importante para el ser humano;
- obliga a los Estados a instalar un mínimo de capacidades básicas para detectar y controlar estos daños o riesgos; otorgando a los países un plazo de 5 años, desde su implementación, para instalar dichas capacidades;

- obliga a los Estados a notificar a la OMS los eventos que puedan constituir una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII);
- faculta al Director General de la OMS a determinar la existencia de una ESPII y formule las recomendaciones temporales correspondientes; protegiendo los derechos humanos de los viajeros y otras personas.

Segunda emergencia sanitaria: Influenza A (H1N1) pdm2009

La segunda emergencia de salud pública de importancia internacional de este siglo y primera luego de la adopción del nuevo RSI (2005) fue la declarada por la OMS el 24 de abril de 2009 luego de confirmarse en México la circulación de un nuevo subtipo de virus influenza A con potencial pandémico. El 11 de junio, con 74 países y territorios afectados y 144 muertes declaradas, la OMS eleva a Fase 6 la alerta pandémica. El 10 de agosto de 2010 se declara el fin de la pandemia de influenza A (H1N1)pdm 2009. Hasta esa fecha se vieron afectados 214 países y territorios y fueron declaradas 18.449 muertes por el virus.

Tercera emergencia mundial: Ébola

Primeros reportes internacionales oficiales¹

23 de marzo de 2014: El Ministerio de Salud de Guinea noticia a la OMS un brote de rápida evolución de enfermedad del virus del Ébola en distritos del sudeste de Guinea. Hasta el 22 de marzo de 2014, se reportaron un total de 49 casos incluyendo 29 muertes (letalidad: 59%). Cuatro trabajadores de salud se encuentran entre las víctimas. Se están investigando los informes de casos sospechosos en las zonas fronterizas de Liberia y Sierra Leona.

1 Ebola virus disease in Guinea. WHO. at <http://www.afro.who.int/en/clusters-a-programmes/dpc/epidemic-a-pandemic-alert-and-response/outbreak-news/4063-ebola-virus-disease-in-guinea.html>

24 de marzo de 2014: El número de casos sospechosos en el actual brote de fiebre hemorrágica del Ébola en Guinea asciende a 86. Han fallecido 59 casos (letalidad: 68,5%).

El 1° de octubre de 2014, durante en el 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el director adjunto de la OMS y el director del departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de la Salud de la OPS dieron un Informe especial de EVE ante el 53° Consejo Directivo, en Washington, DC.²

Recordaron que nos encontramos frente a una nueva emergencia de salud pública de importancia internacional, y destacaron los siguientes puntos respecto a la situación del EVE:

- La presente epidemia de ébola tiene un impacto desastrosador en la salud de los pueblos de Guinea, Liberia y Sierra Leona, con efectos económicos y sociales severos. Nigeria y Senegal también han sido afectados, pero en un menor grado.
- La expectativa es que esta epidemia continúe por seis a nueve meses, y que se extienda a otras zonas, teniendo un impacto negativo no sólo en el África occidental, sino en la economía global.

² Organización Panamericana de la Salud. Informe durante el 53° Consejo Directivo de la OPS. Washington, DC, 1° octubre 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10045&Itemid=2&lang=es

Situación en África Occidental¹

Al 05 de octubre en Guinea, Liberia y Sierra Leona, entre casos confirmados probables y sospechosos, se han reportado (Figura N° 6):

- 8.011 casos;
- 3.857 muertes;
- 401 de estos casos se registraron en-tre profesionales de la salud de los cuales 232 han fallecido por la enfermedad.

Además se reportaron 20 casos en Nigeria (8 fallecidos); un caso confirmado en Senegal; y un caso confirmado en EEUU (fallecido).

¹ The Ebola Response Roadmap is available at: <http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/en/>.

- Aún cuando el brote en Guinea se puede estar “estabilizando”, no se puede descartar que haya un subregistro de casos.
- Estados Unidos reportó su primer caso importado de ébola. Un hombre viajó desde Liberia, pero no presentó síntomas hasta varios días después de su llegada. El paciente está en aislamiento en un hospital en Dallas, Texas, y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos están trabajando con personal de salud local para realizar el rastreo y monitoreo de sus contactos. Por su forma de transmisión, los contactos del vuelo que viajaron con el paciente en Estados Unidos no se consideran en riesgo.
- Ante la posibilidad de otra introducción en las Américas, se debe mantener la vigilancia y continuar con los preparativos, según los requerimientos de capacidades básicas que establece el Reglamento Sanitario Internacional (RSI). El objetivo principal en las Américas es contener y prevenir que se establezca una transmisión a nivel local, una vez que se introduzca la enfermedad.

Características generales de la enfermedad

La Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) es una enfermedad infecciosa grave, de elevada letalidad (70-90%) y para



Figura N° 5
Distribución de los casos probables y confirmados de ébola según lugar de ocurrencia. 03/10/2014

la cual no se dispone de una vacuna con licencia para uso en seres humanos, ni de un tratamiento específico.

El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Sudán y en República Democrática del Congo. La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus. El género *Ebolavirus* comprende cinco especies distintas: *ebolavirus Bundibugyo* (BDBV); *ebolavirus Zaire* (EBOV); *ebolavirus Reston* (RESTV); *ebolavirus Sudan* (SUDV), y *ebolavirus Tai Forest* (TAFV). Las especies BDBV, EBOV y SUDV se han asociado a grandes brotes de EVE en África, al contrario de las especies RESTV y TAFV.

Se considera que los murciélagos frugívoros, en particular *Hypsignathus monstrosus*, *Epomops franqueti* y *Myonycteris torquata*, son posiblemente los reservorios del virus del Ébola en África. Aunque los primates no humanos han sido una fuente de infección para las personas, se cree que son huéspedes accidentales, como los seres humanos.

El virus del Ébola se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados. Posteriormente se propaga en la comunidad mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo (a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel) con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas o cadáveres productos de la enfermedad, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos. La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con EVE ha sido frecuente cuando ha habido contacto estrecho y no se han respectado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

El periodo de incubación oscila entre 2 y 21 días, con un promedio de 8 a 10 días. La transmisión no ocurre durante la incubación y sólo se transmite durante la fase aguda de la enfermedad. Los varones pueden seguir transmitiendo el virus

por el semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica.

La EVE se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas. Los resultados de laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas. La infección puede diagnosticarse mediante distintas pruebas de laboratorio específicas: prueba de inmunoadsorción enzimática (ELISA); pruebas de detección de antígenos; prueba de neutralización; reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR); aislamiento del virus mediante cultivo celular. Las muestras de los pacientes suponen un enorme peligro biológico, y las pruebas tienen que realizarse en condiciones de máxima contención biológica.

Recomendaciones ante viajes internacionales

A principios de agosto, tras la reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional acerca del brote de EVE, la OMS hizo una serie de recomendaciones a los países acerca del control del brote actual y la prevención de su ulterior propagación, a saber:

- que no se prohíban los viajes ni el comercio internacionales;
- que aseguren la capacidad para identificar y atender a los viajeros procedentes de zonas infectadas por el virus que lleguen a los aeropuertos internacionales o grandes pasos fronterizos terrestres con fiebre de origen desconocido y otros síntomas;
- que aseguren el acceso a un laboratorio cualificado para identificar el virus;
- tener disponible una sala de aislamiento para que la persona que llegue con signos y síntomas sea inmediatamente aislada, y cumplir estrictamente las normas de prevención y control de infecciones en hospitales;
- investigar los contactos de esa persona

Figura N° 6



y observarlos por 21 días, con tomas de temperatura y chequeos médicos diarios;

- proporcionar a sus ciudadanos que vayan a viajar a zonas afectadas por la EVE información exacta y pertinente acerca del brote y de las medidas para reducir el riesgo de exposición (Figura N° 6).

Recomendaciones de la OPS/OMS para el manejo de casos

- Los pacientes con sintomatología compatible con EVE detectados en cualquier nivel de atención o en un punto de entrada al país, debe ser atendido bajo las normas de control de infecciones y transferido al establecimiento de salud designado.
- El traslado del paciente deberá ser realizado por profesional de salud capacitado y en un vehículo adecuado para el traslado de pacientes. En el vehículo solo deberá viajar el personal esencial para el cuidado del paciente y deberá utilizar equipo de protección personal adecuado, no así el conductor a menos que esté previsto un posible contacto directo con el paciente.
- Limpieza del vehículo utilizado para el traslado: después de que el vehículo haya sido utilizado para el traslado deberá ser limpiado y posteriormente desinfectado con solución de hipoclorito al 0.05%. Los profesionales que

realizan la limpieza deberán utilizar equipo de protección personal (guantes, batas impermeables, mascarillas quirúrgicas, protectores oculares preferiblemente con visor anti-empañante, y zapatos cerrados).

- Idealmente, se deberá mantener a los pacientes en habitaciones individuales; en caso de que esto no sea posible, se deberá colocar a los pacientes por cohortes, aislando por separado a aquellos en los que se haya confirmado EVE, de aquellos aún bajo investigación por EVE.
- El virus Ébola está clasificado como patógeno de riesgo Grupo 4, por lo que requiere ser manipulado en un nivel de bioseguridad equivalente (BSL-4). Los laboratorios de la Región que pueden recibir muestras para confirmación por laboratorio de EVE son:
 - Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.
 - Laboratorio Nacional de Microbiología. Agencia de Salud Pública de Canadá.

Identificación de casos sospechosos

Según la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación¹, se considera caso sospechoso a:

Todo paciente que haya presentado fiebre (mayor a 38°C) y alguno de los si-

- guientes antecedentes epidemiológicos:
- contacto con caso confirmado de EVE en los 21 días anteriores a la aparición de síntomas;
 - antecedente de viaje a regiones con circulación confirmada de virus del Ébola durante los 21 días previos a la aparición de síntomas;
 - contacto directo con muestras de laboratorio recolectadas de casos sospechosos de Enfermedad por virus del Ébola durante los 21 días previos a la aparición de los síntomas.

Todo caso sospechoso identificado en un punto de entrada³ al país (puerto, aeropuerto o paso terrestre) deberá ser notificado a través de los canales establecidos por el RSI a la autoridad central de Sanidad de Fronteras -área RSI- sanidadde-

³ Subsecretaría de Política, Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Nación. Refuerzo de los planes de contingencia de Salud Pública ante el riesgo de Ébola. Puntos de Entrada Argentinos. 20/08/2014. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/ebola/pdf/22-08-2014-sanidad-fronteras-plan-contingencia-puntos-entrada.pdf>

Hospitales designados en el ámbito nacional para la atención de casos de Ébola

Según el Plan de Contingencia¹ ante riesgo de Ébola, los hospitales designados para la atención de casos de Ébola en el ámbito nacional son:

- Hospital de Alta Complejidad El Cruce “Néstor Carlos Kirchner” (F. Varela, Prov. de Bs. As.)
- Hospital de Pediatría “Juan P. Garrahan” (CABA)
- Hospital Militar Central para fuerzas de seguridad
- Hospitales provinciales designados por los Ministerios de Salud correspondientes

¹ Subsecretaría de Política, Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Nación. Refuerzo de los planes de contingencia de Salud Pública ante el riesgo de Ébola. Puntos de Entrada Argentinos. 20/08/2014. <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/ebola/pdf/22-08-2014-sanidad-fronteras-plan-contingencia-puntos-entrada.pdf>

fronteras@hotmail.com.ar y rsiargentinasal@gmail.com, y al siguiente teléfono celular de guardia: 011- 15-66450368.

Todo caso identificado en un establecimiento de salud será notificado en forma inmediata a la autoridad sanitaria del establecimiento y al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) tal como indican las normas nacionales.

Según fuentes oficiales del Ministerio de Salud de la Nación de fecha 9 de octubre, El Instituto Malbrán logró, con el código genético del virus, diseñar un “primer” o cebador que permite multi-

plicar el genoma del virus de Ébola si se encuentra en una muestra de sangre u otros fluidos y así confirmar o descartar un caso. Sería el primer país en Latinoamérica que puede detectar en menos de 24 horas el virus mediante una prueba microbiológica.

Impacto del RSI en la seguridad sanitaria mundial

Otras amenazas para la salud pública están siendo vigiladas. Es el caso de la fiebre *chikungunya* que rápidamente, luego de su ingreso, se ha extendido por los países caribeños y centroamericanos ingresando recientemente en el norte Brasil. Los países del sur refuerzan sus planes de contingencia para tratar de contener la situación, siendo las condiciones actuales en algunas zonas muy apropiadas para su diseminación.

Es evidente que las regulaciones internacionales en materia de salud son necesarias para asegurar la salud pública de las poblaciones. El nuevo RSI-2005-, con sus cambios, afianza el actual sistema mundial de alerta y respuesta ante daños y riesgos; exige los países que mejoren los mecanismos internacionales de vigilancia y notificación de eventos de salud pública y que refuercen su capacidad nacional de vigilancia y respuesta. Existen avances importantes en su implementación, sin embargo los plazos definidos para el cumplimiento se han vencido y muchos Estados se vieron en la necesidad de solicitar prórrogas. La complejidad del tema requiere definir prioridades para establecer una agenda eficiente de cooperación internacional para apoyar en el logro de los objetivos. 

Bibliografía

- Clerc M. *Legislation Sanitaire Maritime*. en *Higiene maritime et Prophylaxis internationale* de I Tanon y Vigot Frères editores. París; 1933.
- Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación, Alerta Epidemiológico Ébola. 07/08/2014. http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/ebola/pdf/7-08-2014-alerta-6-enfermedad-virus_ebola-.pdf
- Howard-Jones N. Antecedentes científicos de las Conferencias Sanitarias Internacionales, 1851-1938. Crónica de la OMS. 1974. WHO Chron 1974.
- Krieger N., Birn A.E. A vision of social justice as the foundation of Public Health: commemorating 150 years of the spirit of 1848. *Am J Public Health*. 1998; 88:1603-6
- Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (1969). 3° edición anotada. Ginebra, 1983.
- Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). 2° edición. Ginebra, 2008.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre la Reunión del Reglamento Sanitario. Comité Internacional de Emergencia por brote de Ébola en África Occidental. 8 de agosto 2014. <http://who.int/mediacentre/news/statements/2014/Ébola-20140808/en/>
- Organización Mundial de la Salud. Viajes Internacionales y Salud 2014. Brote de enfermedad del virus de Ébola en África occidental. Evaluación de riesgos para viajes y transporte: recomendaciones para las autoridades de salud pública y en el sector del transporte. Disponible en: <http://www.who.int/ith/updates/20140421/en/>
- Organización Mundial de la Salud: EBOLA RESPONSE ROADMAP. UPDATE 3 October 2014. www.who.int/iris/bitstream/10665/135765/1/roadmapupdate3oct14_eng.pdf?ua=1
- Organización Panamericana de la Salud. La Creación de la Organización Panamericana de la Salud. Cap I. Historia de la Oficina Panamericana de la Salud en República Dominicana. 1902-2002. República Dominicana; 2002; 1:19-24.
- Organización Panamericana de la Salud. *El control de las enfermedades transmisibles*. (19° ed.). Washington, DC, EEUU.: Heymann D, editor; 2011
- Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre ébola y chikungunya durante el 53° Consejo Directivo de la OPS. Washington, DC, 1° octubre 2014. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10045&Itemid=2&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. Enfermedad por el virus del Ébola, preparación y respuesta para la introducción en las Américas. Enfermedad por el virus del Ébola (EVE) – Puntos clave; Washington, DC; 2014.
- Procès-verbaux de la Conférence sanitaire internationale ouverte à Paris le 27 juillet 1851. París; 1852.
- Sram L, Ashton J. Millenium report to Sir Edwin Chadwick. *BMJ*. 1998; 317:592-6
- Subsecretaría de Política, Regulación y Fiscalización. Ministerio de Salud de la Nación. Refuerzo de los planes de contingencia de Salud Pública ante el riesgo de Ébola. Puntos de Entrada Argentinos. 20/08/2014.
- <http://www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/ebola/pdf/22-08-2014-sanidad-fronteras-plan-contingencia-puntos-entrada.pdf>