

# Análisis de la situación epidemiológica de enfermedades vacunables en Bolivia

## Analysis of epidemiological situation of vaccineable diseases in Bolivia

Carla Arrázola<sup>1</sup>, Pello Latasa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>MD

<sup>2</sup>MD, MPH, Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Fundación Alcorcón

Correspondencia a:

Carla Arrázola  
legna\_g@msn.com

**Palabras clave:** Vigilancia en Salud Pública, Vacunación masiva, Calidad de la atención de salud, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud.

**Keywords:** Public Health Surveillance, Mass Vaccination, Quality of Health Care, Access and Evaluation of health attention

### RESUMEN

El objetivo del presente estudio es describir la evolución de la incidencia de enfermedades vacunables y la cobertura de las mismas en Bolivia por departamentos. Es un estudio descriptivo de tendencias temporales de la cobertura vacunal y de la incidencia de enfermedades vacunables por departamento. Ambos datos se confeccionaron en base a fuentes secundarias. Las incidencias se calcularon en base a la información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Sistema Nacional de Salud y la población censada en cada departamento. La cobertura de vacunación se calculó según la información de dosis de vacunas administradas disponible en el Instituto Nacional de Estadística y la población diana censada. Los datos son inconstantes y en muchos casos inexistentes. Con la información disponible podemos señalar que la distribución de las enfermedades así como la cobertura de vacunación es muy heterogénea en Bolivia. Debe trabajarse en reforzar el sistema de vigilancia para conseguir datos confiables y poder realizar planes específicos en cada departamento para combatir las enfermedades que mayor carga de morbilidad producen.

### ABSTRACT

The main objective is to describe the evolution of the incidence in preventable diseases by vaccination and the coverage of them in Bolivia by every region called department. It's a descriptive study of temporal trends of vaccination coverage and the incidence of preventable diseases by department. Both were made based on secondary sources. The incidences were calculated based on the information from the system of epidemiological surveillance of the National Health System and the population registered in each department. Vaccination coverage was calculated according to the information of the administered vaccine doses available in the National Institute of Statistics and the registered target population. Resulting Data is variable and in many cases non-existent. With the available information the distribution of diseases as well as vaccination coverage is very heterogeneous in Bolivia. It must be strengthen the monitoring system to achieve better data and carry out specific plans in each department to attack diseases that produce greater burden of disease.

### INTRODUCCIÓN

Bolivia tiene una población de 10 027 254 habitantes<sup>1</sup>, y la densidad poblacional más baja de la región es de 9 habitantes por Km<sup>2</sup>, ocupando el último lugar de 20 países que componen la región latinoamericana. Comparativamente Argentina cuenta con 15 habitantes por Km<sup>2</sup>, Paraguay con 17, Uruguay con 19 y Brasil, Perú, Chile con 23<sup>2</sup>. En un país de grandes dimensiones y con una población tan dispersa, las políticas de accesibilidad a la salud son de especial relevancia y más aún cuando la población con mayor vulnerabilidad a enfermar es pobre y del área rural. De la población total del país, 64,4% vive en situación de pobreza moderada y 41,5% en situación de pobreza extrema (55% de la población rural y 22,3% de la urbana)<sup>3</sup>.

Teniendo en cuenta el nivel de industrialización del país y el nivel medio de índice de desarrollo humano (IDH), su carga de morbilidad recae sobre todo en las enfermedades contagiosas, y así lo demuestra el

perfil de salud del país de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>4</sup> (Gráfico 1).

De estas enfermedades, muchas son vacunables, es decir que se pueden prevenir con la aplicación de una vacuna. Un adecuado plan nacional de control de enfermedades comunicables o contagiosas junto con una política de vacunación adecuada, pueden marcar las claves de la salud para generaciones venideras. Evitar que la carga de enfermedad recaiga sobre las edades tempranas, produce un beneficio adicional al sanitario. Una infancia saludable facilita el advenimiento de una edad adulta saludable, y además facilita la posibilidad de alcanzar las expectativas de vida deseadas. Esto es especialmente relevante cuando la estructura de población del país es muy joven, el 60% tiene menos de 25 años<sup>5</sup>. A pesar de su relevancia, no son muchos los trabajos que profundicen en la epidemiología de las enfermedades transmisibles en Bolivia.

**Procedencia y arbitraje:** no comisionado, sometido a arbitraje externo.

**Recibido para publicación:**  
8 de julio del 2013

**Aceptado para publicación:**  
23 de noviembre del 2013

**Citar como:**  
Rev Cient Cienc Med  
2013;16(2): 6-10

El objetivo de este estudio es describir las coberturas vacunables por departamento y evaluarlas mediante la distribución de las enfermedades que se previenen con dicha vacunación. Consideramos que observar datos positivos a nivel global del país es importante; indagar las mejoras anuales o quinquenales podría ser fuente de nuevas, necesarias y ambiciosas estrategias para conseguir optimizar el ámbito preventivo.

Observar las oscilaciones, cambios, ascensos y descensos en los departamentos en cuanto a coberturas de vacunación e incidencias de casos reportados, podría ser interesante desde la perspectiva de reforzar los sistemas de datos para hacerlos más auto evaluativos, exigentes y precisos.

Con la idea de describir e hipotéticamente realizar recomendaciones respecto a la política de vacunación, se llevó a cabo el siguiente estudio, con la información disgregada por departamentos. Conscientes de la importancia de la economía, y de la optimización de recursos que se pueden realizar, se realizó también un repaso de las fuentes de financiación del sector salud en Bolivia. De este modo pretendemos comprender la política de vacunación en Bolivia y emitir posibles recomendaciones desde la perspectiva adquirida.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tendencias temporales tanto para la cobertura vacunal como para la incidencia de enfermedad. Para recabar la información referente a la financiación de las vacunas se consultaron diversas fuentes<sup>7,8</sup>.

El universo del estudio comprende la población boliviana y la muestra a estudio está compuesta por la población agregada en los 9 departamentos que componen el país. Se incluyó la información referente a las variables de interés para todos los departamentos en el periodo comprendido entre los años 1995 y 2010. No se aplicaron criterios de exclusión, a pesar de los numerosos valores perdidos que presentaban

Enfermedad vacunal vigilada por el SIVE	Vacuna	Nº de dosis (2005-2010)	Nº de casos (2004-2009)
Difteria	PENTA3	1.300.368	12
Tetanos	PENTA3	-	345
Hepatitis B	PENTA3	-	29080
Tuberculosis	BCG	1.373.448	353
Poliomielitis	Anti-polio oral	1.294.397	103
Sarampión & rubeola	SRP	1.333.907	186
Parotiditis	SRP	-	32935
Tos-Ferina	DTP3	1.300.368	463
Fiebre Amarilla	YFB	N/D	211

Tabla 1. Cobertura de Vacunación

las fuentes de información.

Las variables empleadas para realizar el estudio fueron la cobertura vacunal y la incidencia de enfermedades vacunables de las siguientes enfermedades (Tabla 1).

Para realizar las tendencias temporales de la cobertura vacunal, se dividió el número de dosis administradas de 1995 a 2010, por año y departamento, y entre la población diana, por año y departamento. Para las vacunas que requerían la administración de más de una dosis, se calcularon las coberturas de las poblaciones que tenían todas las dosis administradas.

Las tendencias temporales de la incidencia de enfermedad, se calcularon dividiendo los casos reportados al Sistema de Vigilancia Epidemiológica en ese mismo periodo, entre la población censada en cada departamento por año y grupo de edad (< 1 año, 1 a 4 años, 5 a 9 años, 10 a 20 años, 21 a 59 años y > 60 años). El sarampión y la rubéola se estudiaron como una sola enfermedad puesto que su reporte se recoge de manera conjunta. La incidencia anual se estimó dividiendo el número de casos reportados

Los indicadores se sintetizaron con los datos de acceso público disponibles en el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE) y en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SVE) del Sistema Nacional de Salud.

Una vez obtenida la información se trató con el programa Excel® 2007 para elaborar tablas con las tendencias anuales por departamento. También se realizaron gráficos de tendencia para visualizar la evolución de los indicadores. Finalmente se realizaron gráficos comparativos con información aglutinada por enfermedad, que permiten comparar la evolución de los distintos departamentos. Para facilitar la visualización de diferencias entre departamentos, se redujo la escala del gráfico, yendo estas del 50 al 100% en lugar del 0 al 100%.

Tener en consideración las fuentes de financiación de las vacunas es importante. En un país en vías de desarrollo, un programa de vacunas como el que tiene Bolivia es gracias a la colaboración de varios fondos y por ello se deberían optimizar las estrategias que se ponen en marcha dentro de este sector. Se consultaron diversas fuentes para recabar información sobre el financiamiento del sector salud y apoyo al desarrollo sanitario.

## RESULTADOS

### Cobertura vacunal

A nivel nacional durante los cinco años estudiados la cobertura de vacunación de BCG tuvo un incremento, al contrario la cobertura de pentavalente, SRP

### Abreviaturas utilizadas en este artículo:

**IDH:** Índice de Desarrollo Humano  
**OMS:** Organización Mundial de la Salud  
**INE:** Instituto Nacional de Estadística  
**SVE:** Sistema de Vigilancia Epidemiológica  
**PAI:** Programa Ampliado de Inmunizaciones  
**UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
**PNUD:** Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo  
**FAO:** Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura  
**USAID:** Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional



internacionales y las ONG's bolivianas, con un papel fundamental en el sector salud. A nivel internacional destacan CARE, Médicos Sin Fronteras (MSF) y Médicos del Mundo (MdM) entre otros. Pero pocos planes logran una implantación adecuada sin una contraparte boliviana.

En cuanto a la financiación del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) no se encuentran datos recientes acerca de ello. Según datos del Banco Mundial, la principal fuente de financiamiento para este programa fue el crédito que éste mismo concedió para el Proyecto de Reforma del Sector Salud. Aproximadamente 9,7 millones de dólares que destinaron en el período 1 999-2 004 a la compra de vacunas y jeringas.

Así mismo la financiación del sector salud debió haber aumentado a partir de 2005, según decreto supremo (D.S. 28421) que estableció la distribución de Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y asignó las competencias del sector salud a las Prefecturas y Municipios del país. Entre las competencias del sector salud, las prefecturas deben colocar la contraparte para equipamiento, transporte, medicamentos e impresión de materiales para la prevención y control de enfermedades. Los municipios deben financiar campañas de vacunación y acciones municipales de prevención y control de enfermedades endémicas, tales como Chagas, Malaria, Tuberculosis y otros. No obstante, según datos de la OMS, el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) dedicado a la salud descendió del 6,1% en el 2000 al 5,1% en el 2009<sup>9</sup>.

## DISCUSIÓN

Los datos disponibles sobre la incidencia de enfermedad son inconstantes y en muchos casos inexistentes. Se están invirtiendo muchos esfuerzos y recursos en campañas de vacunación, por lo que consideramos relevante incentivar y capacitar al personal local para cumplir con las tareas de vigilancia y así poder evaluar/modificar los programas de vacunación y los planes de salud en cada región, y para ello hay que reforzar los sistemas de vigilancia.

La debilidad de los programas verticales en Bolivia recae en gran manera en la sobrecarga de trabajo al personal de salud, por realizar estas actividades de manera adicional a las que deben realizar normalmente en su área de trabajo. Si además a esto añadimos que deben presentar informes mensuales, las labores para la mayoría del personal se tornan de esta manera en excesivas pudiendo convertirse en un obstáculo para la desenvolvimiento óptimo de sus funciones profesionales, pensando más en alcanzar las coberturas requeridas por el Ministerio de Salud que en el

	Tarija					Bolivia				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
<b>SR</b>										
< 1	218,70	124,57	0,00	16,27	8,06	23,42	17,58	6,49	6,49	3,06
1 a 4	3,46	5,13	1,69	4,99	1,64	3,25	2,99	1,17	5,36	2,47
5 a 9	0,77	0,25	0,24	3,06	0,69	0,79	0,63	0,56	2,92	0,67
<b>TF</b>										
< 1	100,94	41,52	0,00	8,13	8,06	16,90	24,85	25,96	14,51	8,79
1 a 4	4,29	2,12	0,00	0,00	0,00	2,06	3,90	1,55	2,13	1,64
5 a 9	1,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,25	1,17	0,66	0,41	0,08
10 a 20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,12
<b>DF</b>										
< 1	-	-	0,00	-	-	0,00	0,76	0,00	0,00	0,00
1 a 4	-	-	0,00	-	-	0,20	0,29	0,00	0,00	0,00
5 a 9	-	-	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
10 a 20	-	-	0,00	-	-	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00
21 a 59	-	-	0,46	-	-	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00
<b>PPA</b>										
< 1	-	-	-	-	-	0,38	1,15	0,38	0,38	0,38
1 a 4	-	-	-	-	-	0,79	0,88	0,68	0,58	0,58
5 a 9	-	-	-	-	-	0,93	0,67	0,08	0,32	0,24
10 a 20	-	-	-	-	-	0,26	0,00	0,04	0,08	0,08
21 a 59	-	-	-	-	-	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>YFV</b>										
< 1	-	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
1 a 4	-	0,00	0,00	-	-	0,59	0,00	0,10	0,00	0,00
5 a 9	-	0,00	0,00	-	-	0,42	0,08	1,07	0,00	0,08
10 a 20	-	0,00	1,88	-	-	1,58	2,36	1,98	0,17	0,04
21 a 59	-	0,00	0,00	-	-	0,00	0,05	0,05	0,29	0,07
> 60	-	0,00	0,00	-	-	0,00	0,00	0,00	0,15	0,14
<b>TT</b>										
< 1	-	91,35	16,43	-	-	2,69	6,12	4,20	0,38	0,38
1 a 4	10,72	0,00	0,00	0,00	-	0,98	0,88	1,16	0,00	0,48
5 a 9	9,06	10,75	0,00	0,00	-	2,45	1,42	1,81	0,41	0,40
10 a 20	3,50	0,00	3,37	0,00	-	1,53	0,99	0,59	0,17	0,41
21 a 59	0,49	0,00	0,00	0,44	-	0,10	0,07	0,14	0,45	0,54
> 60	0,00	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	0,00	0,74	1,00
<b>HVIR</b>										
< 1	25,23	8,30	41,07	8,13	8,06	51,07	26,76	56,50	26,35	28,66
1 a 4	188,65	213,81	106,59	121,80	134,71	231,24	171,85	238,18	122,98	144,66
5 a 9	204,82	154,13	227,99	109,66	195,48	179,82	132,89	205,84	92,23	120,69
10 a 20	45,53	45,44	33,67	38,93	46,53	28,66	30,16	27,24	26,03	29,24
21 a 59	0,49	1,90	0,00	15,77	-	1,28	1,03	1,07	11,84	9,29
> 60	0,00	0,00	0,00	3,17	6,09	0,00	0,00	0,00	11,09	8,88
<b>MMR</b>										
< 1	0,00	8,30	8,21	48,80	32,25	23,42	27,52	35,88	47,35	32,10
1 a 4	34,30	36,99	181,83	135,31	110,21	57,02	73,30	122,60	110,81	86,94
5 a 9	67,07	57,35	1071,02	807,67	207,48	77,58	226,74	478,59	238,05	84,61
10 a 20	24,52	18,86	196,14	1010,50	180,42	18,49	34,80	96,14	207,38	53,14
21 a 59	1,97	0,00	0,91	158,90	33,66	0,54	0,50	1,26	37,07	12,29
> 60	0,00	0,00	0,00	19,04	6,09	0,00	0,00	0,00	13,31	6,59
<b>MTB</b>										
< 1	0,00	16,61	16,43	16,27	88,69	10,37	4,21	11,83	7,64	14,52
1 a 4	0,00	33,87	6,27	6,19	16,33	3,24	4,58	3,88	2,80	5,30

Tabla 4: Incidencia de los casos reportados por año, departamento y grupos de edad (Tarija y total Bolivia).

beneficio de la población<sup>10</sup>.

Las enfermedades aquí expuestas afectan en su mayor parte a la población infantil. Una carga de morbilidad elevada en esas edades supone un fuerte impacto social y sanitario en el país. De la base de saber que una política de vacunación tiene importantes beneficios no sólo para la salud de los individuos sino también para el desarrollo sostenido de las sociedades en general<sup>11</sup> y teniendo en cuenta la transición demográfica que atravesaría Bolivia con el transcurrir del tiempo tal y como se observa en países colindantes<sup>12</sup>, se tendría que reforzar el sistema informático en cuanto indicadores de salud para poder valorar los esfuerzos en cuanto a mejoras en este sector.

Nos parece importante recordar que los planes verticales de vacunación tienen a penas utilidad si no se acompañan de planes de salud. Es importante aumentar las tasas de vacunación, pero también nos parece fundamental realizar planes de salud para atacar a las raíces que facilitan el desarrollo de la enfermedad, con un enfoque de grupos vulnerables y contando con la sociedad civil boliviana, teniendo en cuenta el modelo eco-social. Hubiese sido interesante tener más información a la hora de estudiar la distribución de la enfermedad: el sexo, la raza o el ámbito de residencia (rural/urbano) para poder realizar recomendaciones más concretas en este aspecto.

Se debe aumentar la adherencia a la política vacunal, acompañando las políticas verticales de vacunación con planes integrados de salud, favoreciendo la participación de la sociedad civil boliviana. Una población informada y consciente de la importancia de la prevención y de los esfuerzos por mejorar la calidad

de vida de vida por parte de los entes encargados para tal efecto, responde favorablemente a tales iniciativas. Además se deben articular mecanismos de coordinación entre las regiones de Bolivia para evitar las inequidades en materia de salud. La desarticulación de los poderes regionales podría llevar a casos como el de España, que teniendo una epidemiología similar, llegaron a estar activos más de 19 planes de vacunación regionales (uno por comunidad autónoma más los recomendados por las sociedades científicas).

## CONCLUSIONES

Conociendo los datos expuestos, la distribución de enfermedad así como las tasas de vacunación son muy heterogéneas en función del departamento en el que nos encontremos; las tasas de enfermedad son elevadas y la cobertura vacunal resulta demasiado baja en otros casos. Por ejemplo, las tasas de vacunación de muchas enfermedades son más bajas en Santa Cruz a pesar de que las tasas de enfermedad son menores que las de otros departamentos (Tabla 5). Esto puede deberse a que no es necesario mantener el nivel de inmunización colectiva alto cuando las tasas de algunas enfermedades comienzan a caer, como el caso de la BCG o las hepatitis virales [Tabla 6].

Pero más allá del análisis individual de cada departamento, son las diferencias inter-departamentales (y el mantenimiento de las mismas) las que deben llamarnos la atención. La información sobre la vacunación está disponible con detalle para todos los departamentos. Sin embargo, la información sobre la incidencia de enfermedades vacunables, es de más dudosa fiabilidad, puesto que tiene muchos valores perdidos, lo cual indica que la calidad del Sistema de Vigilancia aún no está desarrollada.

Por otro lado, la regionalización de las competencias en salud pública, sin un órgano coordinador, puede crear inequidades importantes, puesto que los departamentos con mayor presupuesto podrán emprender políticas de salud más ambiciosas disminuyendo la carga de enfermedad de sus poblaciones, mientras que los departamentos con menos recursos mantendrían o incluso aumentarían su carga de enfermedad.

Finalmente, y según el modelo eco-social, los diversos arraigos culturales de cada región, factores debidos al medio natural como clima o el nivel de riqueza, empoderamiento y educación de la población podrían influir en la epidemiología de la enfermedad.

Por ello las diferencias observadas podrían deberse tanto a la calidad del registro en el Sistema de Vigilancia, como a las políticas de salud de los departamentos o a la distribución particular de las enfermedades debido a factores socio ambientales.

## AGRADECIMIENTOS

Dra. Stephanie Scott, por la colaboración en la traducción al inglés.

## REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística. **Estadísticas demográficas** (Consultado en Noviembre de 2013) Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/indice/indicadores.aspx>
2. Fundación Milenio. Informe Nacional de Coyuntura N° 206, **Censo 2012: Aspectos poblacionales**. (Consultado en Noviembre de 2013) Disponible en: <http://www.fundacion-milenio.org/Informe-Nacional-de-Coyuntura/coy-206-censo-2012-los-aspectos-poblacionales.html>
3. Heredia N. **Equidad y determinantes sociales de la salud**. 59.ª Asamblea de la OMS. Ginebra: OMS; 2006. (Consultado en noviembre de 2013) Disponible en: [http://www.who.int/entity/social\\_determinants/resources/bolivia.pdf](http://www.who.int/entity/social_determinants/resources/bolivia.pdf)
4. World Health Organization. **Health Profile, Bolivia**. (Consultado en Febrero de 2013) Disponible en: <http://www.who.int/gho/countries/bol.pdf>
5. CIA World Factbook. **Bolivia, People and Society**. (Consultado en febrero de 2013) Disponible en: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/bl.html>
6. OPS/OMS. **Estrategia de Cooperación Centrada en el País**, Bolivia 2004-2007: Organización Panamericana de la Salud Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; 2004. (Consultado en febrero de 2013) Disponible en: [http://www.who.int/countryfocus/cooperation\\_strategy/csc\\_bol\\_es.pdf](http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/csc_bol_es.pdf)
7. Unidad de Políticas sociales y Económicas. **Financiamiento de programas Públicos de Salud en Bolivia 10-2005**. (Consultado en febrero de 2013) Disponible en: [http://www.udape.gob.bo/portales\\_html/Documentos%20de%20trabajo/DocTrabajo/DT-0510.pdf](http://www.udape.gob.bo/portales_html/Documentos%20de%20trabajo/DocTrabajo/DT-0510.pdf)
8. Monroy, M. Fundación Milenio. **Coloquio Económico 09 Impuesto Directo a los Hidrocarburos Origen, Maltratos y Usos**. 2007 (Consultado en Marzo de 2013). Disponible en: [www.fundacionmilenio.org](http://www.fundacionmilenio.org)
9. World Health Organization. **World Health Statistics 2012**. Ginebra: World Health Organization, 2012
10. Llanque G. **Análisis del Funcionamiento de Programas Verticales en Servicios de Primer Nivel de Atención de la red I de Cercado, 2011**. UMSS. (Consultado en Agosto de 2013) Disponible en: <http://atlas.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/116/1/ANALISIS%20DEL%20FUNCIONAMIENTO%20DE%20LOS%20PROGRAMAS%20VERTICALES%20EN%20LOS%20CENTROS%20DE%20SALUD%20DE%201%20ER%20NIVEL.%20DE%20CERCADO,%20GESTION%202011.pdf>
11. Universidad del País Vasco. **Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo, Vacunación**. (Consultado en Agosto de 2013) Disponible en: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/224>
12. Velásquez A. **La Carga de Enfermedad y Lesiones en el Perú y las Prioridades del Plan Esencial de Aseguramiento Universal**, 2009. (Consultado en Agosto de 2013) Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000200015&script=sci_arttext)
13. Briggs CJ, Garner P. **Estrategias para la integración de los servicios de atención primaria en países de medios y bajos ingresos en el lugar de la prestación** (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. (Consultado en Agosto de 2013) Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)