

Ante la confirmación de tres casos de fiebre hemorrágica argentina en la provincia, el Ministerio de Salud de Córdoba recordó acerca de la importancia de la vacunación contra esta enfermedad, indicada a todas las personas de entre 15 y 65 años, que viven o trabajan principalmente en áreas rurales de los departamentos General Roca, General San Martín, Juárez Celman, Marcos Juárez, Presidente Roque Sáenz Peña, Río Cuarto, Tercero Arriba y Unión.

En lo que va del año, se han confirmado tres casos de esta enfermedad, correspondientes a tres personas de sexo masculino, una de 60 años de la localidad de Cintra, y dos oriundas de Noetinger, de 52 y 71 años de edad. Dos de los casos requirieron internación y se les realizó tratamiento con plasma, uno con evolución favorable y otro que continúa internado en el Hospital Regional 'Dr. José Antonio Ceballos' de Bell Ville. El tercer caso evolucionó de manera favorable y quedó sujeta a control.

Medidas de prevención

La aplicación de la vacuna Candid#1 previene esta enfermedad. Se aplica a personas de ambos sexos, mayores de 15 años, y requiere una dosis única. Es altamente eficaz y se encuentra disponible en forma gratuita en el Calendario Nacional de Vacunación.

Además de la vacunación, a los trabajadores rurales se les recomienda realizar una higiene cuidadosa, principalmente de las manos, cada vez que haya frecuentado lugares donde puedan vivir los roedores; usar calzado cerrado y ropa que cubra todo el cuerpo cuando concurra al campo; usar guantes al trabajar, en especial al manipular partes de maquinarias agrícolas.

Asimismo, se recomienda mantener desmalezados los alrededores de la vivienda para evitar que los roedores se acerquen a ella. También hervir las verduras que se recolecten, conservar los alimentos en recipientes cerrados y no introducir tallos, hojas o granos en la boca.

Recomendaciones para el equipo de salud

- Intensificar la vigilancia epidemiológica en las áreas endémicas y en viajeros de zonas de circulación o que tengan actividades de riesgo. Recordar que se pueden registrar casos de fiebre hemorrágica argentina durante todos los meses del año, pero los brotes estacionales ocurren durante el otoño e invierno, con un pico en el mes de mayo.
- Notificar a la autoridad local de salud para que se puedan instaurar las medidas oportunas de prevención y control. La derivación de una muestra temprana y el diagnóstico diferencial de dengue es fundamental para el tratamiento del paciente y el uso eficiente de plasma

inmune. La administración de plasma dentro de los ocho días del inicio del cuadro reduce la mortalidad a menos de 1%.

- La ficha epidemiológica debe estar acompañadas de una muestra de suero. Es de suma importancia el llenado correcto y completo de la ficha epidemiológica, consignando de manera precisa la fecha de inicio de síntomas y otros antecedentes.
- Ante la sospecha del caso se debe realizar el control de contactos o expuestos al mismo riesgo. Se deben investigar los contactos y evaluar los sitios probables de contagio para realizar el control de roedores en ámbitos domésticos y peridomésticos si es necesario.

Recomendación para autoridades sanitarias

- Reforzar la comunicación dirigida a la población para incrementar la vacunación en la población general, reducir los riesgos por conductas y/o hábitos de riesgo, e incentivar la consulta temprana ante síntomas.
- Fortalecer la articulación con establecimientos para la notificación, diagnóstico y tratamiento oportuno de los pacientes.
- Además, se sugiere realizar actualizaciones de las capacitaciones dirigidas al primer nivel de atención y establecer los circuitos de referencia y contrarreferencia para una derivación oportuna.

La fiebre hemorrágica argentina es una enfermedad viral aguda grave, causada por el virus Junín. Se manifiesta en una extensa región que abarca parte de la provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y La Pampa, y afecta fundamentalmente a pobladores o trabajadores rurales, donde habitan la especie de roedor silvestre (*Calomys musculinus*) que actúa como reservorio del virus.

Esta especie de roedor construye sus nidos en los campos cultivados, en malezas del borde de alambrados, vías férreas, aguadas de los molinos, bordes de ríos, arroyos y banquinas de los caminos que atraviesan las localidades.

El virus se encuentra presente en la saliva, la orina y la sangre de estos roedores y el hombre se contagia al estar en contacto con el ambiente contaminado. Las posibles puertas de entrada del virus Junín al organismo humano son pequeñas heridas en la piel o mucosas. El contagio interhumano es excepcionalmente raro.

La enfermedad se caracteriza por síntomas como fiebre y alteraciones de la sangre, neurológicas, renales y cardiovasculares que, sin tratamiento, puede evolucionar hacia la muerte en un lapso de una a dos semanas. El comienzo es inespecífico, con decaimiento, falta de apetito, dolor de cabeza y fiebre moderada. A los días se agregan dolores musculares, articulares, en el abdomen y detrás de los ojos, mareos, náuseas y vómitos. Pueden presentarse hemorragias en nariz o encías. Los signos neurológicos frecuentes son irritabilidad, somnolencia y temblores.

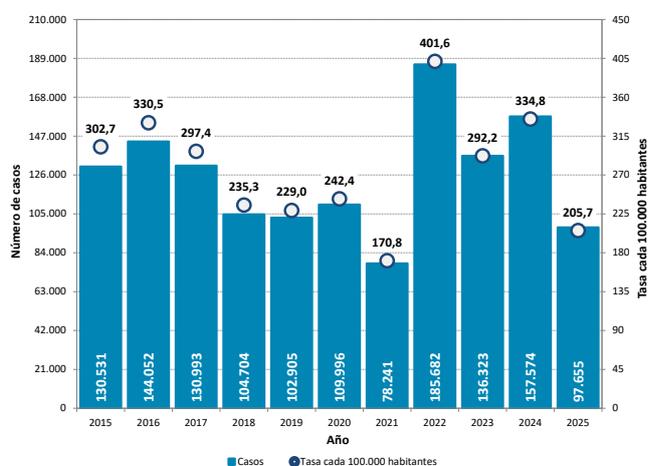
La vigilancia clínica de la enfermedad tipo influenza (ETI) indica que, en 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 12, se registraron 97.655 casos, lo que representa un descenso en las notificaciones de 38,07%, respecto de igual período de 2024. La tasa de incidencia acumulada para 2025 es de 205,7 casos cada 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015/2025, el mayor número de notificaciones de ETI se registró durante 2022 (185.689 casos), mientras que en 2021 se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. En el corriente año se registra un menor número de casos que la mayoría de los años analizados, superando únicamente los valores de 2021.

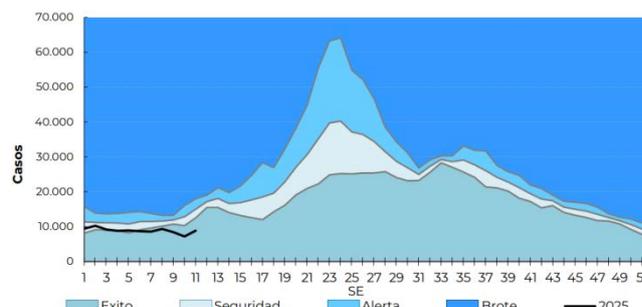
Las notificaciones de ETI oscilan en la SE 1 y la SE 5 de 2025 entre los niveles de seguridad y éxito, con un descenso posterior, permaneciendo en niveles esperados en las últimas SE.

En tanto, la vigilancia centinela de virus respiratorios priorizados en las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) muestran que las notificaciones de influenza permanecen en valores bajos. En las últimas dos semanas, se detectaron 12 casos entre 125 muestras estudiadas.

La vigilancia universal de virus respiratorios, a través de la red de laboratorios, muestra que, en las primeras 12 SE de 2025, si bien se registran casos de influenza, los niveles de detección permanecen bajos. Se observó un aumento pronunciado de las notificaciones entre la SE 16 y la SE 23 de 2024, con predominio de influenza A sin subtipificar y A(H3N2), concentrándose 78% de los casos entre la SE 18 y la SE 30. A partir de la SE 31, los casos empezaron a disminuir, y hacia las últimas semanas del año, se observó un cambio en el tipo de influenza identificado, con predominio de influenza B (linaje Victoria), que experimento un aumento.



Casos notificados e incidencia cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015/2025, hasta semana epidemiológica 11. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



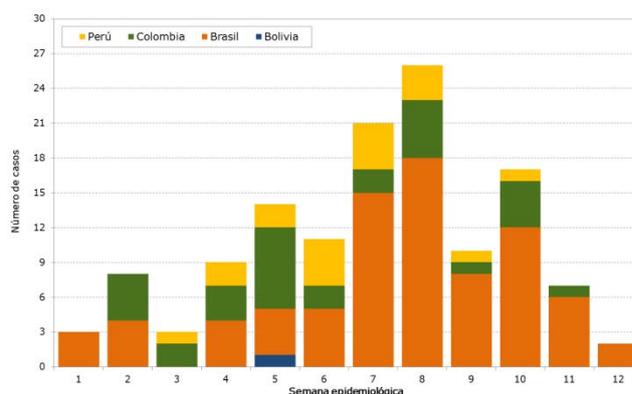
Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 11, en base a datos históricos de los años 2015/2024 (se excluyen años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

La vigilancia universal de virus respiratorios en internados y/o fallecidos también muestra que, en las primeras SE del año 2025, las detecciones de influenza se mantienen en valores bajos, con un total de 138 casos en lo que va del año. Esto representa un ascenso de 42,3% respecto de las notificaciones registradas para el mismo período de 2024. Durante 2024, a partir de la SE 16, las detecciones mostraron un aumento, alcanzando su pico en la SE 23. El 78% de los casos anuales se concentraron entre la SE 18 y la SE 30, con predominio de influenza A(H3N2). Desde la SE 31 de 2024 se registra un menor número de casos, con predominio de influenza B desde la SE 32 en adelante.

Entre los 138 casos de influenza notificados durante 2025, se registraron detecciones tanto de influenza A (85 casos) como B (51 casos). De los casos de influenza A, 16 cuentan con subtipificación, correspondiendo 12 a influenza A(H1N1)pdm09 y cuatro a influenza A(H3N2). En relación a la influenza B, seis casos corresponden al linaje Victoria y el resto no cuentan con identificación de linaje. Dos casos de influenza permanecen a la fecha sin tipificar. En la SE 12 de 2025, se notificaron cinco casos de influenza en personas hospitalizadas.

Durante 2024 se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza y, en lo que va de 2025, se registran tres fallecidos con este diagnóstico.

Dado el aumento de casos humanos de fiebre amarilla en 2025 en países de la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) hizo un llamado a los Estados Miembros con áreas de riesgo a continuar sus esfuerzos para fortalecer la vigilancia en zonas endémicas, vacunar a las poblaciones en riesgo y tomar las acciones necesarias para garantizar que los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación, estén correctamente informados y protegidos contra la fiebre amarilla. Además, se resalta la necesidad de fortalecer el manejo clínico, con énfasis en la detección y tratamiento oportuno de los casos graves. La OPS/OMS también recomienda disponer de dosis de reserva, de acuerdo con la disponibilidad de vacunas en cada país, para garantizar una respuesta rápida ante posibles brotes.



Casos de fiebre amarilla según país y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Región de las Américas. Año 2025, hasta semana epidemiológica 12. Fuente: Organización Panamericana de la Salud. (N=131).

Resumen de la situación

Entre la semana epidemiológica (SE) 1 y la SE 12 de 2025, se notificaron 131 casos confirmados de fiebre amarilla en humanos en cuatro países de la Región, de los cuales 53 resultaron fatales. Estos casos han sido reportados en Brasil (81 casos, incluyendo 31 fatales), Colombia (31 casos, incluyendo 13 fatales), Perú (18 casos, incluyendo ocho fatales) y Bolivia (un caso fatal).

En 2024, los casos de fiebre amarilla se registraron principalmente a lo largo de la región amazónica de Bolivia, Brasil, Colombia, Guyana y Perú. En 2025, sin embargo, los casos se han detectado también en el estado de São Paulo (Brasil) y el departamento de Tolima (Colombia), regiones que se encuentran fuera de la región amazónica de ambos países.

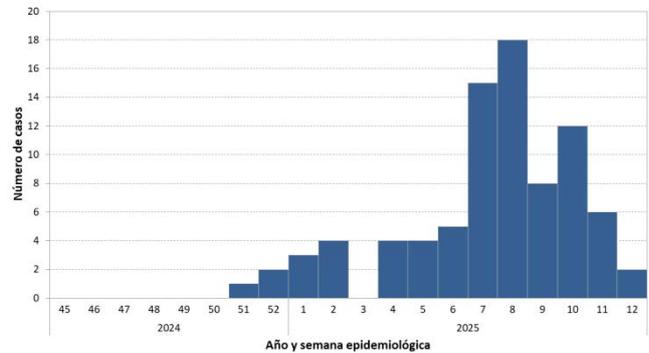
A continuación, se presenta la situación epidemiológica de fiebre amarilla en los países que han notificado casos confirmados en 2025.

- **Bolivia:** En la SE 5 de 2025 notificó un caso fatal confirmado de fiebre amarilla en el municipio de Palos Blancos, departamento de La Paz, con antecedentes de viaje al municipio de Alto Beni en la provincia de Caranavi. Se trata de un hombre de 44 años, con antecedente de diabetes no controlada, sin registro de antecedente vacunal contra fiebre amarilla. La fecha de inicio de síntomas fue el 29 de enero de 2025 y falleció el 3 de febrero. El caso fue

confirmado por laboratorio mediante el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas (ELISA) IgM positiva.

- **Brasil:** En 2025, hasta la SE 12, se notificaron 81 casos confirmados, incluyendo 31 casos fatales (tasa de letalidad de 38,3%). Los casos se notificaron en los estados de São Paulo (34 casos, incluyendo 19 fatales), Pará (41 casos, incluyendo siete fatales), Minas Gerais (cinco casos, incluyendo cuatro fatales) y Tocantins (un caso fatal).

El 87,7% de los casos corresponde a hombres (71 casos). Los casos se encuentran en edades entre los 2 y 75 años e iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 17 de marzo de 2025. Solo uno de los casos presentó antecedente vacunal contra fiebre amarilla. Los casos tuvieron lugar probable de exposición en el estado de Pará, en los municipios de Breves (39 casos) y Cameté (1), mientras que para un caso el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; en el estado de São Paulo, los municipios de Águas de Lindoia (1), Águas de São Pedro (1), Amparo (1), Bragança Paulista (1), Brotas (2), Caçapava (5), Campinas (3), Joanópolis (3), Nazaré Paulista (1), Pedra Bela (2), Pedreira (1), Piracaia (3), Socorro (3), Tuiuti (1) y Valinhos (1), mientras que para cinco casos el municipio probable de exposición se encuentra en investigación; en el estado de Minas Gerais, los municipios de Cambuí (1), Extrema (1), Monte Sião (1), Pouso Alegre (1) y Silvianópolis (1); y en el estado de Tocantins, el municipio de Monte do Carmo (1). Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales o recreacionales, y fueron confirmados por laboratorio.



Casos de fiebre amarilla, según año y semana epidemiológica de inicio de síntomas. Brasil. De semana epidemiológica 45 de 2024 a 12 de 2025. Fuente: Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Brasil. (N=84).

En 2025, hasta la SE 12, se informaron en Brasil 442 eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias). De este total, 47 (10,6%) fueron confirmados para fiebre amarilla por criterios de laboratorio (37 casos) y por vínculo epidemiológico (10 casos), 40 en el estado de São Paulo y siete en el estado de Minas Gerais.

Todos los casos humanos de fiebre amarilla registrados en São Paulo y Minas Gerais provienen de áreas donde, según lo anticipado por el Modelo de los Corredores Ecológicos, se había previsto la ocurrencia de casos para el periodo 2024/2025 o bien de zonas previamente afectadas tanto por casos humanos como epizootias por fiebre amarilla.

- **Colombia:** En 2025, hasta la SE 11, se registró un total de 31 casos confirmados, incluyendo 13 defunciones. Los casos corresponden a personas residentes en los departamentos de Caquetá (1 caso fatal), Putumayo (1 caso) y Tolima (29 casos, incluyendo 12 defunciones). Los casos corresponden a personas con edad entre 13 y 83 años, quienes iniciaron síntomas entre el 6 de enero y el 12 de marzo de 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en zonas de riesgo para fiebre amarilla, en el contexto de actividades laborales que incluyeron agricultura, y no tenían antecedente documentado de vacunación contra la fiebre amarilla.

El brote registrado en el departamento de Tolima, que inicio a fines de 2024 y continúa durante 2025, ocurre en la zona rural colindante a la zona suroccidental del Parque Natural Regional Bosque de Galilea en cuatro municipios que son identificados de alto riesgo: Cunday (14 casos, incluyendo cuatro defunciones), Dolores (un caso fatal), Prado (15 casos, incluyendo cinco defunciones), Purificación (cuatro casos, incluyendo tres defunciones) y Villarrica (10 casos, incluyendo cinco defunciones). Del total de casos confirmados, 76% co-

responde a hombres (32 casos); los casos presentan edades entre 11 y 89 años. La fecha de inicio de síntomas de los casos oscila entre el 8 de septiembre de 2024 y el 12 de marzo de 2025. En este brote se han registrado 18 defunciones, con una letalidad preliminar de 42,8%.

En 2025, hasta la SE 11, se informaron en Colombia dos eventos que involucraron primates no humanos muertos (epizootias), los que fueron confirmados para fiebre amarilla mediante criterios de laboratorio, los dos en el departamento de Tolima.

- **Perú:** En 2025, hasta la SE 10, se han confirmado 18 casos de fiebre amarilla, incluyendo ocho fallecidos. Los casos fueron confirmados en los departamentos de Huánuco, distrito Chaglla (un caso fatal); departamento San Martín, distrito Chazuta (un caso fatal), distrito Morales (un caso), distrito Pinto Recodo (dos casos, incluyendo un caso fatal) y distrito Saposoa (un caso), y el departamento de Amazonas, distrito Cenepa (un caso), distrito Imaza (siete casos, incluyendo dos casos fatales), distrito Nieva (un caso fatal) y distrito Río Santiago (tres casos, incluyendo dos casos fatales). Los 18 casos confirmados corresponden a hombres de entre 18 y 83 años, que iniciaron síntomas entre el 15 de enero y el 12 de marzo de 2025. Todos los casos tuvieron antecedente de exposición en áreas silvestres y/o boscosas, debido a actividades laborales agrícolas y 72% no registran antecedente de vacunación contra la fiebre amarilla.

Ante el inicio de la temporada estacional de la enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) en varios países y territorios de la región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [instó a los Estados Miembros](#) a reforzar la prevención y control de la enfermedad, especialmente en la población infantil, debido a su alta vulnerabilidad y al riesgo de complicaciones graves a nivel del sistema nervioso central, especialmente en el contexto de brotes relacionados con el enterovirus A71.

Situación epidemiológica

A continuación, se describe la situación epidemiológica de algunos países y territorios de la Región de las Américas.

- **Guyana:** El 19 de marzo de 2025 las autoridades sanitarias informaron de un presunto brote de EMPB en la Región Cuatro (Demerara-Mahaica). No se dispone de información sobre el agente identificado.
- **Islas Vírgenes de Estados Unidos:** El 7 de marzo de 2025 las autoridades de Salud reportaron 189 casos en 2025. Además, el 11 de marzo informaron un caso fallecido posiblemente por esta causa y que se encuentra bajo investigación.
- **México:** El 6 de marzo de 2025 las autoridades de Salud del estado de Puebla informaron un brote de EMPB con siete casos notificados y otros bajo investigación en el municipio de San Martín Texmelucan, Puebla. Los casos se reportaron con base en el cuadro clínico; no se cuenta al momento con el diagnóstico de laboratorio.
- **Perú:** El 1 de marzo de 2025 las autoridades de salud del país notificaron la ocurrencia de nueve casos de la enfermedad durante enero de 2025. Todos los casos son residentes de la región Tacna. De estos, seis fueron diagnósticos definitivos y tres presuntivos.
- **Trinidad and Tobago:** El 25 de febrero de 2025 las autoridades de salud del condado de Tabago informaron un brote de la EMPB entre el 9 y el 22 de febrero de 2025, con 41 casos notificados. No se cuenta con información sobre el agente identificado.

La enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) es una infección común a nivel global, especialmente en niños, aunque también puede afectar a adolescentes y ocasionalmente a adultos. En la mayoría de los casos, la enfermedad es leve y se resuelve en forma espontánea. Sus síntomas incluyen fiebre breve y con erupciones papulovesiculares en las palmas de las manos y las plantas de los pies, con o sin múltiples úlceras bucales dolorosas. En ocasiones, la erupción puede ser de tipo maculopapular sin vesículas. También puede afectar los glúteos, las rodillas o los codos, especialmente en niños pequeños y lactantes. Las lesiones cutáneas cicatrizan espontáneamente sin dejar cicatriz, y suelen persistir entre 3 a 5 días tras el inicio de la enfermedad. La infección cutánea bacteriana secundaria es muy poco frecuente.

Las epidemias recientes de EMPB han demostrado que la infección causada por el enterovirus A71, a diferencia de la causada por otros enterovirus, podría estar asociada con complicaciones del sistema nervioso central, incluyendo meningitis aséptica, encefalitis y parálisis flácida aguda. Según la Asociación Estadounidense de Salud Pública, los niños con afectación del sistema nervioso central (encefalitis y parálisis flácida aguda), en particular los de 5 años o menos, corren el riesgo de presentar disfunción cardíaca aguda grave, en ocasiones mortal, y edema pulmonar. Los signos de alarma de la afectación del sistema nervioso central y las complicaciones sistémicas incluyen fiebre persistente durante más de 48 horas, temperatura corporal superior a 39°C, vómitos recurrentes, irritabilidad inexplicable, letargo, mioclonías, debilidad focal en las extremidades, ataxia troncal, nistagmo, signos de dificultad respiratoria y moteado de la piel. La sarna a veces puede confundirse con la EMPB, ya que también causa pústulas, vesículas o lesiones nodulares en manos y pies. El prurito intenso y la afectación del espacio interdigital son indicios clínicos útiles de la infestación parasitaria.

Los enterovirus suelen cocircular generalmente con un serotipo predominante, durante los brotes de la EMPB, produciendo lesiones cutáneas y mucosas clínicamente indistinguibles. Los principales agentes causales son el coxsackievirus A16 (CV-A16) y

el enterovirus A71 (EV-A71), pero incluye otros serotipos del Enterovirus A. Se asocia con menos frecuencia a los serotipos de coxsackievirus B2 y coxsackievirus B5.

La enfermedad de manos, pies y boca presenta una distribución estacional según la región geográfica. En las zonas templadas, la incidencia máxima ocurre durante el verano y a principios del otoño, mientras que en las regiones tropicales puede presentarse durante todo el año.

Los seres humanos son los reservorios de la infección. El periodo de incubación es generalmente de 3 a 5 días. La transmisión ocurre principalmente por contacto directo con secreciones nasales y orales, líquido vesicular y heces de personas infectadas, así como con artículos contaminados, como juguetes y superficies. También puede propagarse mediante gotitas aerosolizadas. Las personas asintomáticas, incluidos los adultos, representan una fuente importante de infección. No hay evidencia confiable de que la enfermedad se propague a través de insectos, agua, alimentos o aguas residuales. La enfermedad es más contagiosa durante la primera semana del inicio de la enfermedad.

El 11 de marzo de 2025, el Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (2005) de Estados Unidos notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) un brote en curso de sarampión en el país.

Entre el 1 de enero y el 20 de marzo de 2025, se han reportado 378 casos en 17 estados: Alaska, California, Florida, Georgia, Kansas, Kentucky, Maryland, Michigan, New Jersey, New México, New York, Ohio, Pennsylvania, Rhode Island, Texas, Vermont y Washington. También se han reportado dos muertes: una confirmada en Texas y otra bajo investigación en New México. La mayoría de los casos se presentan en niños no vacunados o con estado de vacunación desconocido. La tasa de hospitalización es de 17%.

De los 378 casos, 341 (90,2%) se han asociado con tres brotes distintos (definidos como tres o más casos relacionados) notificados en 2025, mientras que el resto son casos esporádicos que forman parte de un brote más extendido.

Desde fines de enero hasta el 14 de marzo de 2025, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas reportó 259 casos en las regiones de South Plains y Panhandle. De estos, 34 fueron hospitalizados y 257 (99%) no estaban vacunados o se desconocía su estado de vacunación. En febrero de 2025, un niño en edad escolar no vacunado que vivía en la zona del brote en Texas murió de sarampión. Esta fue la primera muerte relacionada con el sarampión en Estados Unidos en una década.

Hasta el 14 de marzo, el Departamento de Salud de New México reportó 35 casos. De estos, 28 no estaban vacunados, dos estaban vacunados y cinco tenían un estado de vacunación desconocido.

Entre el 1 de enero y el 20 de marzo de 2025, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron 128 secuencias de ADN de sarampión. Texas presentó 92 secuencias de ADN idénticas del genotipo D8; mientras que 10 secuencias de ADN de New México y una de Kansas fueron idénticas a las de Texas. Texas también informó tres secuencias del genotipo D8 (se han notificado un total de 19 secuencias D8 en los estados afectados) con sustituciones de un solo nucleótido. Además, se notificaron cinco secuencias distintas del genotipo B3 en los estados de Alaska, California, Florida, Kentucky, New York, Rhode Island, Texas y Washington.

Se desconoce el origen de este brote. Actualmente, no hay evidencia de una disminución de la eficacia de la vacuna ni de cambios en el virus que puedan agravar la enfermedad.

En el año 2000, el sarampión se declaró erradicado¹ en Estados Unidos y, desde entonces, se han detectado casos importados de sarampión en el país, dado que la enfermedad sigue siendo endémica en muchas partes del mundo. Estados Unidos verificó por última vez la erradicación del sarampión en 2024. En 2023, la tasa de cobertura de vacunación con dos dosis de la vacuna triple viral entre los niños de preescolar en Estados Unidos fue de 92,7%.

¹ La eliminación del sarampión se define como “la ausencia de transmisión endémica del sarampión en una zona geográfica definida (por ejemplo, una región o un país) durante 12 meses o más en presencia de un sistema de vigilancia eficaz”. Ver [link](#).

Respuesta de salud pública

Las autoridades sanitarias federales, estatales y locales, y los socios comunitarios de Estados Unidos están implementando las siguientes medidas de salud pública para controlar el brote:

- Los CDC de Estados Unidos escalaron a una Estructura de Gestión de Incidentes de nivel 3 el 3 de marzo de 2025 para brindar asistencia técnica remota sobre diagnósticos, profilaxis post exposición, infecciones y prevención de la atención médica, investigación y confirmación de casos y apoyo en la comunicación.
- El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas lidera la investigación en Texas.
- Los CDC de Estados Unidos desplegaron expertos en la materia para ayudar en la respuesta.
- La OMS emitió alertas y actualizaciones epidemiológicas debido al aumento de casos de sarampión en varios países de la Región de las Américas de la OMS, que comenzó en 2024.
- La OMS continúa monitoreando la situación y trabajando en estrecha colaboración con los países de la Región de las Américas para apoyar sus esfuerzos de vacunación, vigilancia y respuesta rápida a brotes para prevenir la propagación y reintroducción del sarampión y proteger la salud de toda la población.

Evaluación de riesgos de la OMS

En 2016, la Región de las Américas fue la primera región de la OMS declarada libre de la transmisión endémica del sarampión por el Comité Internacional de Expertos para la Documentación y Verificación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita en las Américas. Sin embargo, mantener la región libre de sarampión es un desafío constante debido al riesgo permanente de importación y reintroducción del virus.

El riesgo para la salud pública en la Región de las Américas por el sarampión se considera alto debido a la persistencia de la circulación del virus a partir de casos importados, lo que ha resultado en un número limitado de brotes, con varias generaciones de casos y la aparición de casos asociados a brotes preexistentes en nuevas áreas geográficas. Además, se observa un aumento de la población susceptible debido a la persistente baja cobertura de vacunación relacionada con factores como la pandemia de covid, el aumento de la reticencia a la vacunación en algunas comunidades y sectores de la población, y el acceso limitado a los servicios de salud, en particular para las poblaciones vulnerables.

Consejos de la OMS

La OMS recomienda mantener una cobertura homogénea sostenida de al menos 95% con la primera y segunda dosis de la vacuna antisarampionosa y fortalecer la vigilancia epidemiológica integrada del sarampión y la rubéola para lograr la detección oportuna de todos los casos sospechosos en los establecimientos de salud públicos y privados.

La OMS recomienda fortalecer la vigilancia epidemiológica y la capacidad de preparación y respuesta en zonas fronterizas de alto tráfico para detectar y responder rápidamente a los casos sospechosos de sarampión. Se debe proporcionar una respuesta rápida a los casos importados de sarampión para evitar el restablecimiento de la transmisión endémica mediante la activación de equipos de respuesta rápida capacitados para este propósito e implementar protocolos de respuesta rápida cuando haya casos importados. Una vez activado un equipo de respuesta rápida, debe garantizarse la coordinación continua entre los niveles nacional, subnacional y local, con canales de comunicación continuos y efectivos en todos los niveles.

Durante los brotes, se recomienda establecer una gestión de casos hospitalarios adecuada y una capacidad de prevención y control de infecciones para evitar la transmisión de infecciones asociadas a la atención médica, con la derivación apropiada de pacientes a salas de aislamiento de infecciones transmitidas por el aire (para cualquier nivel de atención) y evitando el contacto con otros pacientes en salas de espera y/u otras habitaciones del hospital.

La OMS recomienda brindar un amplio acceso a la vacuna triple viral para mantener altas tasas de vacunación en la población general y asegurar que las personas con alto riesgo de exposición estén al día con esta vacuna, como el personal sanitario y los viajeros internacionales. Quienes viven en zonas con brotes en Estados Unidos deben seguir las directrices locales de salud pública. A nivel mundial, entre 2000 y 2023, la vacunación logró prevenir aproximadamente 60 millones de muertes y redujo la cifra estimada de muertes por sarampión de 800.062 en 2000 a 107.500 en 2023, lo que representa una disminución de 87%.

En todos los entornos, se debe considerar la posibilidad de administrar profilaxis post exposición a los contactos susceptibles, incluyendo una dosis de la vacuna antisarampionosa o inmunoglobulina humana normal (si está disponible) para aquellos en riesgo y en quienes la vacuna esté contraindicada. En entornos con recursos suficientes, se debe administrar vacuna antisarampionosa a los contactos susceptibles dentro de los tres días. En el caso de los contactos cuya vacunación esté contraindicada o no sea posible dentro de los tres días posteriores a la exposición, se puede considerar la administración de inmunoglobulina humana normal hasta seis días después de la exposición. Se debe priorizar a los bebés, las mujeres embarazadas y las personas inmunodeprimidas.

La OMS recomienda mantener un stock de vacunas contra el sarampión y la rubéola y/o la triple viral, así como jeringas y suministros para responder a los casos importados. Se debe facilitar el acceso a los servicios de vacunación, según el esquema nacional, a los viajeros internacionales entrantes y salientes, incluidas las personas que deben realizar actividades, dentro o fuera del país, en zonas con brotes de sarampión en curso, poblaciones desplazadas, poblaciones indígenas u otras poblaciones vulnerables.

La OMS recomienda a los viajeros internacionales que verifiquen y actualicen su estado de vacunación contra el sarampión antes de partir, incluso si planean viajar a Estados Unidos. Las personas no vacunadas procedentes de zonas de Estados Unidos con brotes de sarampión, que tengan conocimiento de haber estado expuestas a casos de sarampión o presenten signos y síntomas compatibles con la infección por el virus del sarampión, deben consultar a las autoridades sanitarias locales antes de emprender un viaje internacional. Actualmente, no se justifica la adopción de medidas adicionales que interfieran significativamente con el tráfico internacional.

El sarampión es una enfermedad viral altamente contagiosa que afecta a personas de todas las edades y sigue siendo una de las principales causas de muerte en niños pequeños a nivel mundial. El modo de transmisión es por vía aérea o a través de gotitas expulsadas por la nariz, la boca o la garganta de las personas infectadas.

Los síntomas iniciales, que suelen aparecer entre 10 y 14 días después de la infección, incluyen fiebre alta, generalmente acompañada de goteo nasal, ojos inyectados en sangre, tos y pequeñas manchas blancas en el interior de la boca. Varios días después, aparece una erupción cutánea, que suele comenzar en la cara y la parte superior del cuello y se extiende gradualmente hacia abajo. Un paciente es contagioso desde cuatro días antes hasta cuatro días después de la aparición de la erupción. No existe un tratamiento antiviral específico aprobado para el sarampión; la mayoría de las personas se recuperan en un plazo de dos a tres semanas.

El sarampión suele ser una enfermedad leve o moderadamente grave. Sin embargo, puede causar complicaciones como neumonía, diarrea, otitis secundaria, encefalitis, ceguera y la muerte. La encefalitis postinfecciosa puede presentarse en aproximadamente uno de cada 1.000 casos notificados. Pueden producirse entre dos y tres muertes cada 1.000 casos notificados.

La inmunización contra el sarampión previene la enfermedad y sus complicaciones.

El Departamento de Salud Pública del condado de Mono, California, confirmó la tercera muerte por hantavirrosis en la ciudad de Mammoth Lakes. La hantavirrosis es una enfermedad grave y con frecuencia mortal que se puede contraer a través del contacto con excrementos, orina o saliva de ratones ciervos (*Peromyscus maniculatus*) infectados. Los ratones ciervos están muy extendidos en la región de Eastern Sierra.

“Este es el tercer caso de síndrome pulmonar por hantavirus, cada uno de los cuales ha sido fatal”, dijo el Dr. Tom Boo, funcionario de salud pública del condado de Mono. “No tenemos una idea clara de dónde pudo haber contraído el virus este joven adulto. En su hogar no había evidencia de actividad de ratones. Observamos algunos en su lugar de trabajo, lo cual no es inusual en espacios interiores en esta época del año en Mammoth Lakes. No hemos identificado ninguna otra actividad en las semanas previas a la enfermedad que pudiera haber aumentado la exposición de esta persona a los ratones o sus excrementos”.

“Hemos estado ocupados varias semanas con este caso sospechoso, pero lleva tiempo obtener las pruebas. La ocurrencia de tres casos en un corto periodo de tiempo es preocupante, especialmente a principios de año. Históricamente, los casos de hantavirrosis suelen presentarse más tarde en la primavera y el verano. Hace ya un mes que no se detectan nuevos casos, pero seguimos preocupados por el aumento de infecciones”, comentó Boo.

“Creemos que el número de ratones ciervos es alto este año en Mammoth Lakes y probablemente en otras partes de Eastern Sierra. Un aumento de ratones en ambientes interiores eleva el riesgo de infección por hantavirus. Por lo tanto, es crucial tomar precauciones y seguir las medidas de prevención”, dijo el funcionario.

Hasta donde se sabe, ninguna de estas personas fallecidas realizó actividades típicamente asociadas con la exposición, como limpiar áreas interiores mal ventiladas o espacios exteriores con abundantes desechos de ratones. En cambio, estas personas pueden haber estado expuestas durante sus actividades diarias, ya sea en su hogar o en su lugar de trabajo.

Investigación en curso

Cada caso de hantavirrosis es investigado por los funcionarios de salud pública locales y estatales. Todos los casos recientes vivían y trabajaban en Mammoth Lakes y comenzaron a enfermar en febrero. Cuando la persona fallece, solo se puede recabar información de las personas que conocían sobre los lugares en los que estuvieron y las actividades que realizaron en las semanas previas a enfermar. Se conoció que uno de los casos tenía numerosos ratones en su hogar, pero no se encontraron pruebas de estos animales en las otras dos residencias. En los tres casos se detectaron rastros de ratones en sus lugares de trabajo, pero no se encontra-

You Can Prevent Hantavirus

How to Protect Yourself and Your Family from **Hantavirus Pulmonary Syndrome** in the United States



SEAL UP!



TRAP UP!



CLEAN UP!



ron infestaciones significativas. Los investigadores observaron que una persona había usado una aspiradora en una o más zonas donde encontraron posteriormente excrementos de ratón. El uso de una aspiradora puede esparcir por el aire el virus de los excrementos de ratón, provocando la infección.

El condado de Mono ha registrado 27 casos de hantaviriosis desde que se informó por primera vez en 1993, la mayor cantidad en el estado de California. De estas infecciones, 21 afectaron a residentes del condado, y seis ocurrieron en personas que estaban de visita y que se infectaron en Mono. La hantaviriosis se registra más comúnmente a fines de la primavera o en verano, por lo que tres casos tan temprano en el año es sumamente inusual.

Riesgos para la salud y síntomas

Las personas se infectan con el hantavirus a través del contacto con los excrementos, la orina o la saliva de ratones ciervos infectados. La mayoría de las veces esto ocurre al inhalar partículas contaminadas en el aire, aunque llevarse a la boca las manos contaminadas también puede causar la infección.

El periodo de incubación tras la infección suele ser de dos a tres semanas, pero puede variar de una a más de siete semanas, tras lo cual la enfermedad suele comenzar como un cuadro gripal inespecífico con fiebre, dolor de cabeza y dolores corporales, con frecuencia con síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea y, en ocasiones, dolor abdominal. Estos primeros síntomas no suelen ser leves. Los dolores musculares, por ejemplo, suelen ser intensos.

Por lo general, no hay tos en esta primera fase, y la presencia de tos, congestión nasal o dolor de garganta en el primer o segundo día apunta más a virus respiratorios comunes como la influenza o la covid.

La hantaviriosis suele progresar, aunque no siempre, hasta afectar a los pulmones al cabo de unos días, momento en el que aparece la tos. La falta de aire es un signo preocupante de empeoramiento de la enfermedad. Se trata del síndrome pulmonar por hantavirus y suele empeorar rápidamente, con una posible muerte en uno o dos días.

Alrededor de un tercio de las personas con infecciones por hantavirus mueren. El diagnóstico y el tratamiento inmediato mejoran los resultados, pero las pruebas solo están disponibles en laboratorios especializados, lo que dificulta el reconocimiento a tiempo.

La única fuente del hantavirus en la zona del condado de Mono es el ratón ciervo. No se transmite entre personas y otros roedores no lo portan.

La Secretaría de Salud de México informó la detección del primer caso humano de influenza aviar A(H5N1) en el país.

El caso se presentó en una niña de tres años de edad, residente en el estado de Durango. El 1 de abril el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, confirmó el resultado de influenza A(H5N1). La paciente recibió inicialmente tratamiento con oseltamivir y actualmente se encuentra hospitalizada en una unidad de tercer nivel en la ciudad de Torreón y su condición se reporta grave.

Una vez confirmado el caso, se implementaron las siguientes acciones de manera inmediata:

- Por la Secretaría de Salud:
 - Notificación a la Organización Mundial de la Salud, de conformidad con el protocolo establecido para ello en el Reglamento Sanitario Internacional.
 - Capacitación al personal de salud de los Servicios de Salud de Durango y Coahuila con relación a la Guía nacional para la preparación, prevención y respuesta ante un brote o evento por influenza zoonótica en la interfaz animal-humano.
 - Operativos de búsqueda intensificada de casos con sospecha de enfermedad respiratoria viral.
- Por la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas:
 - Realización de recorridos y muestreos biológicos de aves silvestres y sinantrópicas en la zona de influenza aledaña al domicilio del caso positivo a influenza aviar A(H5N1), y establecimiento de un sistema de monitoreo permanente para la detección oportuna de otros casos similares en fauna silvestre que habita en el lugar.
- Por la Secretaría de Agricultura y Desarrollo Rural y el Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria:
 - Investigaciones realizadas no han reportado hasta el momento unidades de producción comerciales afectadas por la influenza aviar A(H5N1) en ninguna zona del país; no obstante, continúan las acciones de vigilancia epidemiológica activa, a fin de identificar oportunamente cualquier caso que pudiera presentarse, y de ser así, implementar los protocolos nacionales e internacionales correspondientes.

La Secretaría de Salud informó que la Organización Mundial de la Salud considera que el riesgo de salud pública de este virus para la población en general es bajo, por lo cual el consumo de carne de pollo o huevo bien cocidos no representa peligro para la salud humana. La influenza zoonótica puede transmitirse de aves u otros animales a los seres humanos. Hasta el momento no hay evidencia de transmisión sostenida de persona a persona.

La Secretaría de Salud cuenta con una reserva estratégica de 40.000 tratamientos de oseltamivir.

Recomendaciones para la población

- Lavar las manos de forma frecuente con agua y jabón o soluciones a base de alcohol al 70%.
- Utilizar barbijo en caso de síntomas respiratorios y ventilar espacios.
- Cubrir la boca y nariz al toser o estornudar.
- Lavar las manos antes de manipular alimentos cocidos y después de manipular alimentos crudos.
- Cocer adecuadamente carne de pollo y huevo (mayor a 70°C).
- No utilizar los mismos utensilios para manipular alimentos crudos y cocidos.
- Evitar tocar o acercarse a animales silvestres.
- No manipular o recoger animales muertos.
- No tocar aves o animales de corral enfermos o muertos por causas desconocidas.
- Utilizar guantes, cubrebocas y ropa protectora si se trabaja en granjas o mataderos y se tiene contacto con aves u otros animales, sus productos y desechos.
- Vigilar posibles datos de enfermedad o muerte anormal en animales de granja o traspatio y notificarlo inmediatamente a las autoridades.
- Solicitar atención médica en caso de presentar fiebre, conjuntivitis, tos, ardor de garganta, escurrimiento nasal, dificultad para respirar, dolor de cabeza, vómito, diarrea, sangrado o alteraciones de la conciencia, posterior al contacto con aves u otros animales enfermos o muertos.



El Ministerio de Salud de Trinidad and Tobago está investigando un conglomerado de casos de malaria en el sur de Trinidad. En 2025, hasta el 2 de abril, se han confirmado cinco casos, incluyendo el caso primario.

Trinidad and Tobago no es endémica para malaria, por lo que la mayoría de los casos confirmados cada año son importados o introducidos. Entre 2015 y 2024 se confirmaron 153 casos, lo que representa un promedio de 15 casos al año.

Estos cinco casos se encuentran en un área geográfica bien definida, y la División de Control de Insectos Vectores (IVCD) ha estado realizando trabajo de campo, después de la identificación del primer caso el 27 de marzo de 2025.

Entre las tareas realizadas de control de vectores figuran:

- Fumigación de las casas de todos los casos identificados, así como aquellas en un radio de al menos 1,6 kilómetros, mediante un camión con volumen ultra bajo (ULV) para matar inmediatamente a los mosquitos adultos.
- Nebulización térmica manual alrededor de las casas (esto se realiza en áreas donde no es posible la fumigación ULV).
- Fumigación residual interna (IRS) con efecto insecticida en las viviendas, con una duración aproximada de tres meses.
- Inspección perifocal de las viviendas para identificar posibles sitios de reproducción de los mosquitos *Anopheles*.

También se han llevado a cabo todos los protocolos de detección de salud pública necesarios, incluido el rastreo de contactos.

Los primeros síntomas de la malaria incluyen fiebre, escalofríos, dolor de cabeza y fatiga, que pueden aparecer entre 10 y 15 días después de la picadura de un mosquito *Anopheles* hembra infectado. Si una persona experimenta alguno de estos síntomas, debe acudir al centro de salud más cercano.

Se recomienda tomar las precauciones necesarias a los siguientes grupos de alto riesgo: personas que viven en zonas forestales y sus alrededores, agricultores, cazadores, miembros de los servicios de protección que visitan estas áreas, excursionistas y ambientalistas.

Angola reportó su primer caso de cólera a principios de enero de 2025. Hasta el 23 de marzo de 2025, se reportaron 8.543 casos, incluyendo 329 muertes (tasa de letalidad de 3,9%), de las cuales 112 (34%) ocurrieron en la comunidad. La tasa de letalidad para casos hospitalizados es de 2,5%. Actualmente, 253 casos están hospitalizados. El brote inicialmente vio un rápido aumento en los casos, superando los 1.000 casos semanales a principios de febrero. Esto fue seguido por un descenso y una meseta, estabilizándose en aproximadamente 800 casos por semana durante un mes. Sin embargo, en la semana del 23 de marzo, los casos aumentaron nuevamente, alcanzando cerca de 1.200 casos, el recuento semanal más alto hasta la fecha.

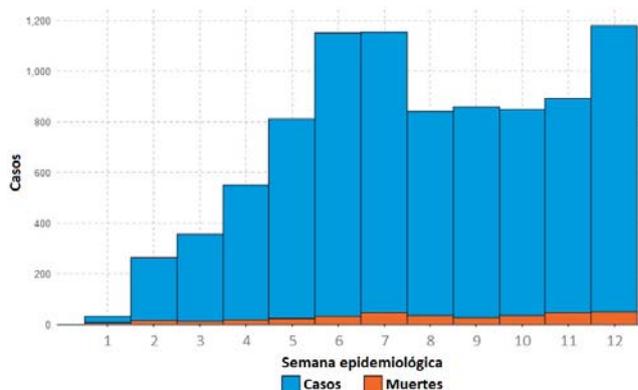
El grupo etario de 6 a 14 años es el más afectado, con 1.976 casos (23,1% del total), seguido del grupo de 15 a 24 años con 1.850 casos (21,7%) y el de 25 a 34 años con 1.475 casos (17,3%). Algo más de la mitad de los casos notificados son varones (4.725; 55,3%).

De las 21 provincias angoleñas, el brote de cólera afecta a 16 (76,2%), y el mayor número de casos se registra en las provincias de Luanda (4.143; 48,5%) y Bengo (2.485; 29,1%).

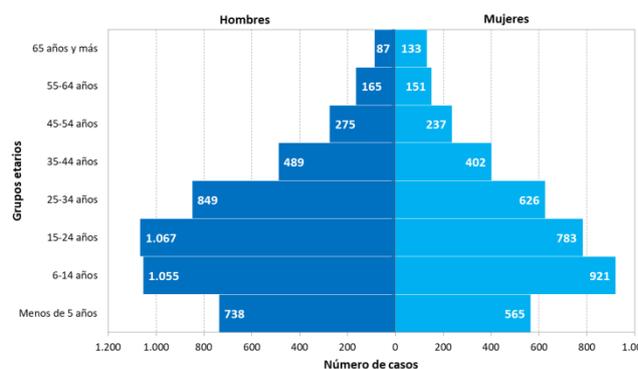
Respuesta de salud pública

Coordinación

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de socios internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y otros, lidera los esfuerzos para mitigar el impacto del brote de cólera. El Ministerio se coordina activamente con socios locales e internacionales para garantizar una respuesta eficiente, a la vez que refuerza la capacidad del sistema de salud para gestionar el brote.



Casos de cólera, según semana epidemiológica de notificación. Angola. Año 2025, hasta semana epidemiológica 12. Fuente: Ministerio de Salud de Angola. (N=8.543).



Casos de cólera, según sexo y grupos etarios. Angola. Año 2025, hasta semana epidemiológica 12. Fuente: Ministerio de Salud de Angola. (N=8.543).

Vigilancia epidemiológica y de laboratorio

- La OMS capacitó a más de 120 trabajadores de la salud en la detección activa y la notificación de casos, encuestas rápidas de infecciones, procesamiento de datos y movilización comunitaria para medidas preventivas.
- En la provincia de Bengo, la OMS está apoyando el despliegue de 13 equipos de respuesta rápida, que trabajan diariamente en las comunidades afectadas para identificar y responder a nuevos casos.
- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS, está mejorando la capacidad de los expertos en gestión de datos en Luanda para mejorar el mapeo de casos, fortalecer la vigilancia y mejorar la detección y el análisis de casos en las unidades de salud.
- La OMS también está ayudando al gobierno a reforzar los equipos de respuesta para garantizar la identificación oportuna de las personas afectadas, apoyar los esfuerzos de participación comunitaria, gestionar las medidas de control de infecciones y proteger a la población.

Gestión de casos

- Se están ampliando los centros de tratamiento del cólera (CTC) en la provincia de Bengo para dar cabida al creciente número de casos y mejorar la capacidad de atención sanitaria.
- La OMS apoya la gestión de casos proporcionando apoyo técnico, incluida la difusión de protocolos de tratamiento y carteles clínicos.
- La OMS facilitó la capacitación integral y la supervisión del personal clínico que trabaja en las unidades de tratamiento del cólera (UTC) y los CTC en las provincias afectadas.
- La OMS ayudó a establecer CTC, UTC y puntos de rehidratación oral, ampliando así el acceso a tratamientos que salvan vidas.

Prevención y control de infecciones (PCI)/Agua, higiene y saneamiento (WASH)

- El UNICEF apoya las iniciativas WASH distribuyendo suministros de higiene a más de 64.500 niños en 63 escuelas, garantizando que las poblaciones más vulnerables tengan acceso a recursos esenciales.
- La instalación de tanques de agua en las comunidades afectadas está ayudando a mejorar el acceso al agua potable, un factor crítico para controlar la transmisión del cólera.
- Se están priorizando mejoras a largo plazo en las infraestructuras de WASH para mitigar la propagación del cólera y otras enfermedades transmitidas por el agua, y para garantizar soluciones sostenibles que se alineen con objetivos de salud pública más amplios.

Comunicación de riesgos y participación comunitaria

- Se están llevando a cabo esfuerzos de movilización comunitaria para promover comportamientos seguros y aumentar la aceptación de la vacuna, con el apoyo de líderes religiosos, personas influyentes de la comunidad y organizaciones locales.
- La OMS, junto con socios locales, está llevando a cabo campañas de concienciación para educar al público sobre la importancia de la higiene adecuada de las manos, el uso de letrinas y la seguridad alimentaria.

Vacunación

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la OMS, el UNICEF, el Banco Mundial y el Comité Internacional de la Cruz Roja, llevó a cabo una campaña de vacunación reactiva de cinco días en enero de 2025. Se vacunaron más de 900.000 personas, con una tasa de cobertura administrativa de 99,5%.

- La OMS proporcionó apoyo logístico y orientación operativa para la campaña de vacunación, garantizando la distribución eficiente de las vacunas y el establecimiento de centros de vacunación en las zonas afectadas.
- A mediados de marzo llegaron al país 700.000 dosis adicionales de vacunas orales contra el cólera para una segunda campaña reactiva.

Preparación y disposición

- Se realizará una evaluación de preparación para identificar las deficiencias en la preparación y la disposición en todos los pilares de respuesta. Los resultados servirán de base para el desarrollo de un plan integral para fortalecer los sistemas en las zonas no afectadas, con el objetivo final de limitar la propagación del brote.

Evaluación de riesgos de la OMS

Angola está experimentando un brote importante de cólera, con una proporción significativa de muertes ocurriendo en la comunidad. Esto exacerba la transmisión de la enfermedad al retrasar la detección y la respuesta de los casos, dificultar las intervenciones oportunas de salud pública y aumentar la contaminación ambiental debido a entierros inseguros. La elevada tasa de letalidad de 3,9% pone de relieve desafíos críticos, como la presentación tardía de casos, las deficiencias en la vigilancia y la respuesta temprana, la insuficiente capacidad sanitaria y las barreras para acceder a tratamientos vitales, especialmente en zonas marginadas. El acceso inadecuado a agua potable y saneamiento sigue dejando a Angola en una situación de alta vulnerabilidad ante brotes de cólera, especialmente en centros urbanos densamente poblados y comunidades rurales remotas. La temporada de lluvias (octubre-abril), con sus intensas lluvias e inundaciones asociadas, amplifica directamente este riesgo al contaminar las fuentes de agua y facilitar la rápida transmisión del cólera. Las provincias propensas a inundaciones, como Bengo, se enfrentan a un mayor riesgo de propagación a medida que avanza la temporada.

Angola comparte fronteras con República Democrática del Congo y Zambia, y ambas sufren actualmente brotes de cólera. Los frecuentes movimientos de población entre Angola y los países vecinos aumentan el riesgo de transmisión transfronteriza, especialmente en zonas de alta movilidad como Luanda.

Dado el brote en curso, la temporada de lluvias y la proximidad de Angola a países afectados por el cólera, el riesgo de una mayor propagación dentro de Angola y a los países vecinos se considera muy alto. La transmisión del cólera podría intensificarse si no se implementan medidas eficaces de salud pública, como mejoras en los servicios de WASH y campañas de vacunación. El riesgo sigue siendo elevado a nivel nacional y regional debido a la interconexión de las poblaciones y las condiciones estacionales que facilitan la propagación de enfermedades de transmisión hídrica.

Consejos de la OMS

Un enfoque multifacético es esencial para combatir el cólera y reducir la mortalidad. Las medidas clave para abordar el cólera incluyen fortalecer los sistemas de vigilancia, mejorar el suministro de agua, el saneamiento y la higiene, promover la comunicación de riesgos y la participación comunitaria, brindar un tratamiento eficaz y utilizar la vacuna oral contra el cólera. Se instó a los países afectados por el cólera a mejorar sus capacidades nacionales de preparación y vigilancia para detectar y responder rápidamente a posibles brotes.

La OMS enfatiza la importancia de la gestión oportuna y adecuada de los casos, garantizando el acceso al agua potable y mejorando la infraestructura de saneamiento. Las medidas eficaces de prevención y control de infecciones son cruciales para reducir la transmisión del cólera y otros patógenos que pueden causar infecciones asociadas a la atención médica en los centros que atienden a pacientes con cólera. La OMS recomienda intervenciones de comunicación de riesgos y participación comunitaria para generar confianza y empoderar a las comunidades con información basada en la evidencia, permitiéndoles tomar decisiones informadas para proteger su salud.

Promover prácticas preventivas de higiene y la seguridad alimentaria en las comunidades es una de las estrategias más eficaces para controlar el cólera. La comunicación de riesgos para la salud pública es vital para garantizar que las comunidades comprendan la importancia de la higiene, las prácticas alimentarias seguras y el uso de soluciones de rehidratación oral (SRO). El acceso rápido a las SRO es esencial, especialmente en zonas rurales donde los centros de salud más grandes pueden no ser fácilmente accesibles. Educar a las comunidades sobre cómo preparar las SRO en casa, junto con enfatizar la importancia de mantenerse hidratado mientras se busca atención médica, puede reducir significativamente el riesgo de consecuencias graves. Con atención oportuna, la tasa de letalidad puede mantenerse por debajo de 1%.

Las medidas a largo plazo, como la mejora de la infraestructura de agua y saneamiento en zonas propensas al cólera, son cruciales para prevenir el cólera y otras enfermedades de transmisión hídrica. Las soluciones sostenibles para el agua potable, el saneamiento y la higiene no solo son cruciales para controlar el cólera, sino que también contribuyen a objetivos más amplios de salud pública, como la reducción de la pobreza y la educación. La participación comunitaria en la planificación e implementación de estas soluciones es clave para garantizar el éxito a largo plazo.

Las campañas de vacunación contra el cólera son una herramienta importante para controlar los brotes de cólera. Al combinarse con mejoras en el agua y el saneamiento, la vacuna oral contra el cólera puede ayudar a prevenir la propagación de esta enfermedad, especialmente en zonas de alto riesgo. Se requieren sólidas iniciativas de comunicación de riesgos para gestionar la demanda de vacunas, informar a las comunidades sobre los calendarios de vacunación y generar confianza en cuanto a la seguridad y eficacia de la vacuna.

La OMS recomienda que los países refuercen la vigilancia, en particular a nivel comunitario, para la detección temprana de casos sospechosos y la prevención de la propagación del cólera. La cooperación entre países vecinos es crucial para controlar los brotes, especialmente en regiones con un alto nivel de movimiento transfronterizo. Fortalecer estos esfuerzos permitirá a los países afectados controlar y prevenir eficazmente los brotes de cólera, mejorando así los resultados de salud pública.

La OMS no recomienda restricciones de viaje ni de comercio hacia y desde Angola debido al brote de cólera.

El cólera es una infección diarreica aguda causada por el consumo de alimentos o agua contaminados con la bacteria *Vibrio cholerae*. Se asocia principalmente con un saneamiento deficiente y un acceso limitado a agua potable. La enfermedad puede causar diarrea acuosa aguda grave, con una morbilidad y mortalidad significativas. La velocidad de propagación depende de los niveles de exposición, la vulnerabilidad de la población y las condiciones ambientales. El cólera afecta tanto a niños como a adultos y puede ser mortal si no se trata.

El período de incubación varía de 12 horas a cinco días después de consumir alimentos o agua contaminados. Si bien la mayoría de las personas infectadas permanecen asintomáticas, pueden eliminar la bacteria en las heces hasta por 10 días, lo que podría contagiar la infección a otras personas. Entre los casos sintomáticos, la mayoría experimenta una enfermedad leve o moderada, mientras que una proporción menor presenta diarrea y vómitos graves, que pueden provocar una deshidratación potencialmen-

te mortal. Sin embargo, el cólera es altamente tratable, y la mayoría de los casos se controlan con éxito mediante la administración inmediata de una solución de rehidratación oral.

Las crisis humanitarias y los desastres naturales, como las inundaciones, aumentan el riesgo de transmisión del cólera al interrumpir los sistemas de agua y saneamiento y obligar a las poblaciones a vivir en condiciones de hacinamiento e insalubridad. El control de los brotes de cólera requiere un enfoque multisectorial que combine la vigilancia, las intervenciones de agua, saneamiento e higiene, la movilización social, la gestión adecuada de los casos y la vacunación oral contra el cólera.

Angola ha sufrido brotes recurrentes de cólera desde la década de 1970, con importantes picos en 1987 (16.000 casos y 1.460 muertes) y 2006 (más de 67.000 casos y 2.700 muertes). Tras brotes anuales entre 1987 y 1996, el cólera reapareció en 2006 tras una década de ausencia. Desde entonces, se han producido brotes periódicos –a menudo relacionados con la actividad del cólera en la vecina República Democrática del Congo, y agravados por la mala calidad del agua y el saneamiento–, especialmente en 2011-2013 y 2016-2018, con picos durante la temporada de lluvias.

Desde 2021, se ha observado un aumento de los casos de cólera y su propagación geográfica a nivel mundial. Entre el 1 de enero y el 23 de marzo de 2025, se notificaron un total de 93.172 casos y 1.197 muertes en 24 países de tres regiones de la Organización Mundial de la Salud, siendo la Región de África la que registró las cifras más altas (55.622 casos en 18 países).

La Agencia Regional de Salud de La Réunion (ARS La Réunion) informó 5.832 casos adicionales de fiebre chikungunya confirmados durante la semana epidemiológica (SE) 12, lo que eleva el total de la epidemia a 20.242 casos y dos muertes.

La epidemia continúa progresando y se encuentra extendida por toda la isla.

El municipio de Le Tampon registró el mayor número de casos (4.700). Las localidades de Saint-Denis, Saint-Paul y Saint-Pierre se encuentran entre las zonas más afectadas del país.

La actividad hospitalaria continúa en aumento, con 129 hospitalizaciones de más de 24 horas.

Entre los 20.242 pacientes, una cuarta parte tenía menos de 6 meses y casi la mitad tenía más de 65 años. En total, durante la SE 12, fueron hospitalizados 25 mujeres embarazadas y 17 recién nacidos, de los que 14 fueron internados en unidades de cuidados intensivos pediátricos o de reanimación natal. Dos pequeños fueron ingresados en cuidados intensivos neonatales tras una complicación neurológica (encefalitis) relacionada con la transmisión del virus de madre a hijo.

Doce niños se infectaron más de siete días después del nacimiento, sin vínculo con la infección materna. Todos presentaron formas graves, requiriendo tratamiento de urgencia en cuidados intensivos.

Las autoridades recomiendan que las mujeres embarazadas se protejan durante todo el embarazo, especialmente durante el último trimestre.

Los dos fallecimientos relacionados con la fiebre chikungunya ocurrieron en la SE 11. Se trata de dos personas de 86 y 96 años, una de las cuales presentaba comorbilidades. Un comité de investigación está analizando la atribución de la causa de la muerte a la fiebre chikungunya. Esta consulta necesaria con varios expertos explica los retrasos entre el fallecimiento, la atribución a la fiebre chikungunya y su declaración por parte de las autoridades sanitarias.

El 7 de abril comenzará en La Réunion, la primera fase de la campaña de vacunación gratuita contra la fiebre chikungunya. Estarán disponibles 40.000 primeras dosis de la vacuna IX-CHIQ®, del laboratorio Valneva. Las personas de 65 años o más con comorbilidades podrán vacunarse, con prescripción médica.

El objetivo de la vacunación es proteger a las personas vulnerables con riesgo de desarrollar complicaciones graves, en ausencia de inmunización previa; las personas que ya han sido infectadas por el virus Chikungunya en el pasado se consideran inmunes.

De acuerdo con las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria Nacional Francesa, esta primera fase de la campaña de vacunación se dirige prioritariamente a las personas de 65 años o más con comorbilidades o enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, renales, hepáticas y neurovasculares, etc.) y que no hayan contraído la enfermedad en el pasado.

No se recomienda la vacunación de mujeres embarazadas con IXCHIQ® en esta etapa. Además, como se trata de una vacuna viva atenuada, la vacunación está contraindicada en personas inmunodeprimidas.

Más de 200 pasajeros de un crucero enfermaron de norovirus en un viaje transatlántico que aún continúa en el mar.

Las enfermedades ocurrieron en el barco de cruceros Queen Mary 2 de Cunard, que partió de Southampton, en el Reino Unido, el 8 de marzo. El barco viajó a New York y a varias islas del Caribe Oriental.

De un total de 2.538 pasajeros, 224 contrajeron el virus. Diecisiete tripulantes también se vieron afectados, según una alerta de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.

Los principales síntomas reportados fueron diarrea y vómitos. Todos los pasajeros enfermos fueron aislados, según el comunicado. Se espera que el barco regrese a Southampton el 6 de abril.

Cunard fortaleció sus procedimientos de limpieza y desinfección en respuesta al brote, según los CDC. La línea de cruceros también recogió muestras de materia fecal de pasajeros enfermos para analizarlas.

“El Programa de Saneamiento de Buques está monitoreando la situación de forma remota, lo que incluye la revisión de los procedimientos de respuesta al brote y saneamiento del barco”, indicaron los CDC.

El norovirus

El norovirus, también conocido como virus Norwalk, es un virus altamente contagioso que causa inflamación del estómago o los intestinos, según los CDC.

“El norovirus es una de las principales causas de gastroenteritis en Estados Unidos”, declaró la Dra. Amber Charoen, gastroenteróloga certificada de Gastro Health en Kennewick, Washington.

“Se puede propagar con tan sólo 10 partículas a través de alimentos contaminados, vómitos, heces e incluso por contacto de persona a persona”, dijo. Este virus altamente contagioso también puede propagarse a través de superficies, utensilios o alimentos contaminados.

“La combinación de espacios interiores, contacto cercano y hacinamiento es la razón por la que el norovirus prospera en entornos como escuelas, guarderías y cruceros”, declaró Chad D. Neilsen, director de Prevención y Control de Infecciones en Nemours Children’s Health en Florida.

“Una vez que comienza un brote, es difícil controlarlo sin experiencia en salud pública y saneamiento”.

“Los síntomas de la norovirus varían, pero los infectados tienden a tener una combinación de fiebre baja, escalofríos, vómitos, dolor de cabeza, dolores musculares y fatiga”, dijo Baum.



Además, los brotes de norovirus suelen producir náuseas (más a menudo en niños), diarrea acuosa (más a menudo en adultos) y calambres estomacales.

Según Baum, no existe un medicamento específico para tratar el norovirus.

Nielsen informó que el norovirus es la principal causa de enfermedades transmitidas por alimentos en Estados Unidos, provocando alrededor de 20 millones de casos cada año.



El norovirus es responsable de alrededor de 109.000 hospitalizaciones y 900 muertes cada año en Estados Unidos, afectando principalmente a adultos mayores de 65 años, según la Fundación Nacional de Enfermedades Infecciosas (NFID).

Aproximadamente uno de cada 15 estadounidenses contraerá norovirus anualmente y uno de cada 160 niños será hospitalizado.

Prevención y tratamiento

La mejor defensa contra el norovirus es lavarse las manos con frecuencia, identificar los síntomas de forma temprana y aislarse si se está enfermo, según el Dr. Marc Siegel, profesor clínico de medicina en New York University Langone Health.

Los CDC también recomiendan lavar bien las frutas y verduras y lavar la ropa con agua caliente, si es posible.

“No hay tratamiento, salvo mantenerse bien hidratado”, declaró. “Suele durar unos tres días”.

Neilsen estuvo de acuerdo en que la mayoría de las personas se recuperan del norovirus en uno a tres días sin ningún tratamiento, pero otras podrían experimentar síntomas más graves como deshidratación, que “podrían requerir atención médica”.

Los CDC recomiendan beber muchos líquidos para prevenir la deshidratación y buscar atención médica si se agrava.

Una microalga marina tóxica es la causa de una “misteriosa” enfermedad de la piel que afectó a más de mil pescadores senegaleses en la pequeña costa de Dakar hace cinco años, según lo revelan los resultados de un reciente [estudio](#).

La investigación determinó que la causa de esta enfermedad, caracterizada por erupciones y quemaduras en la piel, fue una toxina, la portimina A, producida por una microalga marina, *Vulcanodinium rugosum*. Esta toxina provoca una inflamación grave de la piel, lo que provoca estas lesiones graves, observadas en 2020 y 2021 en pescadores artesanales de Senegal.



La enfermedad, que afectó a muchos pescadores en 2020 y 2021, se caracterizó por lesiones en la piel.

Para lograr este resultado fue crucial la colaboración entre investigadores, a través de un enfoque decididamente multidisciplinario y colaborativo, que combinó análisis de laboratorio de muestras de agua con extensos estudios de campo a pescadores. Se dio especial importancia a la recolección de testimonios de pescadores y al análisis de los diagnósticos realizados por dermatólogos.

La colaboración entre expertos de diversas disciplinas y países fue esencial, ya que permitió reunir una amplia gama de habilidades.

Una vez excluidas ciertas hipótesis, como las infecciones virales o bacterianas y la contaminación química, la probabilidad de algas tóxicas se hizo cada vez más plausible. La comparación con un caso similar ocurrido en Cuba en 2015 fue un elemento crucial en la investigación.

El cambio climático

Los resultados de este estudio constituyen un gran avance para las ciencias ambientales marinas y la gestión de los recursos pesqueros. Proporcionan una mejor comprensión de la dinámica de las floraciones de algas nocivas y otros aspectos del impacto del cambio climático en el ecosistema marino.

Además, este estudio arroja luz sobre la acumulación de toxinas a lo largo de la cadena alimentaria –lo que se denomina bioacumulación–, y tendrá un impacto en las futuras direcciones en la gestión de los recursos pesqueros. Sus resultados influirán en la estrategia de gestión pesquera e impactarán en las regulaciones sobre la calidad de sus productos.

Este trabajo también fortalece la capacidad de los investigadores para proponer políticas de conservación adecuadas para garantizar la sostenibilidad de los recursos pesqueros y la resiliencia de las comunidades costeras ante las perturbaciones ambientales.

También es importante subrayar la importancia del enfoque multidisciplinario adoptado por el equipo de investigación, lo que sin duda contribuyó al éxito del estudio.

Proceso complejo

La pregunta fundamental a responder ahora es de dónde proceden estas algas. Algunos pescadores insistieron en la presencia de un barco que transportaba arena en el mar. De ahí la hipótesis de que las algas provenían de esta arena. Hay cambios climáticos que, quizás, han favorecido el movimiento de estas microalgas en las aguas. Son varias las hipótesis que deben analizarse.

Es necesario continuar los estudios para comprender por qué y cómo se desarrolló esta microalga en Senegal. Son varios los factores que contribuyeron a la duración de casi cinco años de este estudio. En primer lugar, el hecho de que los primeros pescadores afectados no informaron inmediatamente de sus síntomas a las autoridades afectó negativamente a las investigaciones. El océano, por naturaleza, dispersa los contaminantes rápidamente, independientemente de su origen, lo que dificultó la localización del origen de la toxina.

Luego, se debieron descartar muchas hipótesis antes de que los investigadores pudieran centrarse en la pista de las microalgas. La identificación precisa de una toxina como la portimina A, así como de la propia microalga *Vulcanodinium rugosum*, descubierta hace apenas unos diez años, fue un proceso complejo y exigente.

Divulgación

Según las autoridades, los servicios estatales competentes trabajarán para difundir los resultados de este estudio, ya que consideran que es importante que los actores de la industria, en todos sus niveles, estén informados del riesgo que supone esta microalga y de las medidas correctas a tomar en caso de sospecha de contaminación.

Se pondrá en marcha un sistema de monitoreo de estas microalgas tóxicas, velando por reducir la contaminación marina y preservar la calidad del agua para limitar los factores que favorecen su aparición.

Los investigadores recomiendan que los pescadores tomen precauciones al manipular redes y agua de mar, usen equipo protector y se enjuaguen con agua dulce. Y consultar sin dilación los centros de salud en caso de contagio.

Las autoridades deben establecer un sistema de vigilancia de algas tóxicas, junto con el seguimiento de la contaminación marina, y concienciar a la población para evitar diagnósticos erróneos.

También es importante fortalecer la investigación sobre las toxinas marinas y el monitoreo de la contaminación marina, ya sea de origen antropogénico o natural.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 1 de abril sus primeros informes sobre la grave falta de medicamentos y medios de diagnóstico relacionados con las micosis invasivas, y puso de manifiesto la necesidad urgente de llevar a cabo actividades innovadoras de investigación y desarrollo para subsanar esas carencias.



Las micosis son una preocupación creciente en el ámbito de la salud pública, pues hay infecciones comunes –como las de los hongos del género *Candida*, que causan candidiasis bucal y vaginal– que se están volviendo cada vez más resistentes al tratamiento. Esas infecciones afectan de manera desproporcionada a los pacientes gravemente enfermos y a aquellos cuyo sistema inmunitario está debilitado, como los que reciben quimioterapia contra el cáncer, viven con el VIH o han recibido trasplantes de órganos.

“Las micosis invasivas amenazan la vida de las personas más vulnerables, y en los países no se dispone de los tratamientos necesarios para salvar vidas”, afirmó la Dra. Yukiko Nakatani, subdirectora general interina de Resistencia a los Antimicrobianos de la OMS. “Además de que el número de fármacos antimicóticos y medios de diagnóstico nuevos en fase de desarrollo es insuficiente, en los países de ingreso bajo y medio existe un vacío en materia de pruebas de detección de hongos, incluso en los hospitales de distrito. Esa deficiencia en cuanto al diagnóstico implica que no se pueda determinar cuál es el mal que aqueja a las personas, lo que dificulta la administración de un tratamiento adecuado”.

Los hongos que pertenecen a la categoría de máxima prioridad de la lista de patógenos fúngicos prioritarios de la OMS son mortales, y sus tasas de mortalidad alcanzan el 88%. Gracias a los avances en materia de tratamiento, hay más personas que tienen probabilidades de vivir con enfermedades que producen inmunodeficiencia, lo que también podría conducir a que aumentaran los casos de micosis invasivas. Se trata de un problema difícil de afrontar debido a que no hay acceso a medios de diagnóstico, la disponibilidad de antimicóticos es escasa, y el proceso de investigación y desarrollo de nuevos tratamientos es lento y complejo.

Limitaciones del proceso de desarrollo de tratamientos contra las micosis mortales

En el informe de la OMS sobre fármacos antimicóticos se destaca que, en los últimos diez años, las autoridades reguladoras de Estados Unidos, la Unión Europea o China solo han aprobado cuatro nuevos fármacos de ese tipo. En la actualidad hay nueve antimicóticos en la fase de desarrollo clínico que se pretenden utilizar contra los hongos más peligrosos para la salud que figuran en la lista de patógenos fúngicos prioritarios.

Sin embargo, solo tres candidatos se encuentran en la fase 3, la etapa final del desarrollo clínico, lo que sugiere que en los próximos diez años se otorgarán pocas aprobaciones. Veinti-

dós fármacos se encuentran en la fase de desarrollo preclínico, cifra insuficiente para sustentar el avance hacia las etapas clínicas teniendo en cuenta los índices de fracaso, los riesgos y los desafíos asociados a las primeras etapas de desarrollo.

Los tratamientos antimicóticos actuales plantean diversos problemas, como efectos secundarios graves, frecuentes interacciones farmacológicas, escasa cantidad de formas farmacéuticas y necesidad de que los pacientes permanezcan hospitalizados durante periodos prolongados. En el informe se destaca la necesidad urgente de contar con antimicóticos más seguros, lo que podría reducir la necesidad de llevar a cabo una farmacovigilancia permanente.

También se necesitan antimicóticos que actúen contra una amplia gama de infecciones graves causadas por patógenos fúngicos prioritarios. La niñez está muy desatendida, ya que hay pocos ensayos clínicos en que se estudien dosis pediátricas y formulaciones adecuadas para cada edad.

La OMS recomienda invertir en vigilancia mundial, ampliar los incentivos financieros dirigidos al descubrimiento y el desarrollo de fármacos, financiar la investigación básica para contribuir a hallar nuevas dianas sin explotar en los hongos que podrían ser utilizadas en la elaboración de medicamentos, e investigar tratamientos cuya acción consista en fortalecer la respuesta inmunitaria de los pacientes.

Panorama general sobre el diagnóstico de los patógenos fúngicos prioritarios

En el nuevo [informe sobre los medios de diagnóstico](#) se muestra que, si bien en el mercado hay pruebas que permiten detectar patógenos fúngicos prioritarios, para utilizarlas se necesitan laboratorios bien equipados y personal capacitado, lo que significa que la mayoría de las personas de los países de ingreso bajo y medio no pueden acceder a ellas. En todos los países, pero sobre todo en los de ingreso bajo y medio, se necesitan pruebas más rápidas, precisas, baratas y sencillas para detectar una amplia gama de patógenos fúngicos prioritarios, así como medios de diagnóstico que puedan utilizarse en el lugar donde se presta la atención o cerca de él.

Los medios de diagnóstico de que se dispone en la actualidad presentan muchos problemas: solo funcionan con una gama limitada de hongos, no son lo bastante precisos y los resultados tardan mucho en obtenerse. La mayoría de las pruebas no son adecuadas para los establecimientos donde se brinda atención primaria y secundaria de salud, ya que algunas precisan laboratorios adecuados y equipados que tengan un suministro eléctrico estable.

Con frecuencia los trabajadores de la salud no tienen conocimientos suficientes sobre las micosis ni sobre el impacto que tiene el hecho de que los hongos se vuelvan más resistentes a los tratamientos, lo que limita su capacidad para realizar pruebas que permitan determinar el tratamiento adecuado. La OMS pide que se refuerce la respuesta mundial contra las micosis invasivas y la resistencia a los antimicóticos, y está elaborando un plan de puesta en práctica de la lista de patógenos fúngicos prioritarios.

Las muertes mundiales por VIH/sida y las nuevas infecciones podrían aumentar a niveles nunca vistos desde principios de siglo si se mantienen los recortes planeados a la financiación de la ayuda exterior, socavando años de progreso.

Un reciente [estudio](#) estima que podría haber entre 4,4 y 10,8 millones de nuevas infecciones por VIH adicionales para 2030 en países de ingresos bajos y medios y entre 770.000 y 2,9 millones de muertes relacionadas con el VIH en niños y adultos.



Mujeres sudafricanas en Cape Town con camisetas que se convirtieron en un símbolo icónico de la lucha por el acceso al tratamiento a principios de la década de 2000.

La administración del presidente de Estados Unidos, Donald John Trump, interrumpió el apoyo a la labor humanitaria en todo el mundo, lo que incluye retirar a Estados Unidos de la Organización Mundial de la Salud y congelar la financiación del Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (PEPFAR) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Otros importantes donantes internacionales, como el Reino Unido, Francia, Alemania y los Países Bajos, que junto con Estados Unidos representan más de 90% de la ayuda internacional, también han anunciado planes para implementar recortes significativos a la ayuda exterior.

En conjunto, esto podría llevar a una reducción de 24% en la financiación internacional contra el VIH para 2026.

Históricamente, Estados Unidos ha sido el mayor contribuyente a la respuesta mundial al VIH, invirtiendo más de 100.000 millones de dólares a través del PEPFAR desde su creación en 2003.

Sin embargo, los recortes a los programas apoyados por el PEPFAR y la USAID ya han interrumpido severamente el acceso a servicios esenciales contra el VIH, incluyendo la terapia antirretroviral y la prevención y pruebas del VIH. De cara al futuro, si otros países donantes reducen su financiación, se podrían echar por la borda décadas de progreso en el tratamiento y la prevención del VIH.

Es imperativo asegurar una financiación sostenible y evitar un resurgimiento de la epidemia del VIH, que podría tener consecuencias devastadoras, no solo en regiones como el África subsahariana, sino a nivel mundial.

Diez veces más muertes

Unos 6,3 millones de personas más morirán en los próximos cuatro años, a menos que se restablezca el apoyo. Esto representa un aumento de diez veces con respecto a las 600.000 muertes relacionadas con el sida registradas a nivel mundial en 2023.

Y pueden producirse alrededor de 8,7 millones de nuevas infecciones adicionales, frente a los 1,3 millones de nuevas infecciones a nivel mundial de 2023.

Modelo matemático

Para el estudio se utilizó un modelo matemático para estimar los efectos de las reducciones previstas en la ayuda internacional en 26 países, incluido el fin inmediato del apoyo del PEPFAR en todos los países que actualmente dependen de la ayuda extranjera para apoyar programas de diagnóstico y prevención del VIH.

Se descubrió que podría haber un aumento de entre 1,3 y seis veces en las nuevas infecciones para las personas con mayor riesgo de adquirir el VIH, en comparación con si los niveles de financiación se mantuvieran como están.

El mayor impacto probablemente se produciría en el África subsahariana y entre las poblaciones vulnerables, incluidas las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen sexo con hombres y los niños.

Se pidió un enfoque multifacético para ayudar a compensar los efectos de los recortes repentinos de financiación y construir una sustentabilidad a largo plazo.

Integración del VIH

La integración de la atención del VIH con otros servicios de atención primaria de salud puede mejorar la eficiencia y aprovechar los recursos compartidos. Ejemplo de ello es Vietnam, donde esta integración, junto con el seguro de salud para cubrir los servicios de VIH, la centralización de la adquisición de terapia antirretroviral y la movilización de recursos internos, produjo un aumento de la financiación interna de la respuesta al VIH de 32% en 2013 a 52% en 2022.

La introducción de un modesto impuesto específico para el VIH o la incorporación de servicios de VIH a un mecanismo de seguro de salud más amplio pueden generar fuentes adicionales de financiación interna. Estas medidas, aunque suponen un reto, se han probado con éxito en algunos países del África subsahariana.

En muchos países, los servicios de VIH han existido separados del resto del sistema de salud financiado por el gobierno, debido al enfoque internacional en la enfermedad, y los trabajadores de la salud, la infraestructura y otros pilares básicos de los sistemas de salud en muchos países pobres en recursos han sido apoyados por la financiación del VIH. Éstos son los países que se están viendo más gravemente afectados por la repentina pausa en esa ayuda.

El resultado a corto plazo del cese de esta ayuda será un aumento de la carga de enfermedades sobre una infraestructura sanitaria débil, especialmente en África. Y, por supuesto, se esperan grandes niveles de muertes a medida que las personas que viven con el VIH y no tienen acceso a medicamentos se vuelven más vulnerables a las enfermedades relacionadas con el VIH.

Los actores financieros internacionales de gran escala, como el Banco Africano de Desarrollo, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, deben comprometerse más con la financiación de la salud y aliviar la carga de la deuda reprogramando los pagos de algunos gobiernos africanos.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el 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.