

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la leishmaniosis mucosa
- Dos muertes por hantavirus en Chubut y Neuquén
- Chaco: Medidas sanitarias para la contención de un brote de rabia parestante en Las Breñas

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por influenza estacional y otros virus respiratorios en el hemisferio sur

- Belize: Alerta por los primeros casos autóctonos de malaria en el país en seis años

- Colombia: Alertan por el dramático aumento en los casos de tos convulsa en Bogotá

- Colombia: Declararon la emergencia sanitaria por fiebre amarilla

- México: Alta prevalencia de coinfección entre hepatitis C y el VIH

- México: Situación epidemiológica de la influenza aviar A(H5N1)

EL MUNDO

- África: Histórica campaña de vacunación contra la poliomielitis para proteger a 83 millones de niños en la cuenca del lago Chad

- África: Actualizan la estrategia de combate a la mpox ante la persistencia de los brotes

- Angola: Situación epidemiológica del cólera

- La Réunion: La epidemia de fiebre chikungunya supera los 33.000 casos, con 6 muertes

- Concluyeron las negociaciones en la OMS y se lograron avances significativos en el proyecto de acuerdo sobre pandemias

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN

Patrocinadores



Adherentes



Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

Situación histórica

En Argentina, el área endémica de la leishmaniosis tegumentaria es de aproximadamente 500.000 km², y abarca regiones de las provincias de Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Chaco, Catamarca, Corrientes, Misiones, Formosa, y norte de Santa Fe, con tres regiones fitogeográficas (Yungas, Chaqueña y Paranaense). Entre los meses de octubre y mayo existe mayor riesgo de transmisión. Si bien se han encontrado flebótomos en las provincias de Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, en las mismas no se han detectado casos humanos autóctonos.

Hay reportes de casos desde comienzos del siglo XX, cuando se realizó el primer censo en la década de 1920. Desde la década de 1980 se ha reportado un aumento de los casos, vinculado principalmente a brotes de transmisión silvestre y peridoméstica en Formosa, Catamarca, Salta, Chaco, Tucumán, Misiones, Corrientes y Jujuy.

Situación actual de la leishmaniosis mucosa

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	2	2	—	1	—
Buenos Aires	1	3	2	8	1	—
Córdoba	—	—	—	1	—	—
Centro	2	5	4	9	2	—
Mendoza	—	1	1	1	—	—
Cuyo	—	1	1	1	—	—
Chaco	—	—	—	1	—	—
Corrientes	—	2	1	1	2	2
Formosa	—	1	3	—	4	—
Noreste Argentino	—	3	4	2	6	2
Catamarca	—	—	—	—	1	1
Jujuy	—	1	2	—	1	—
Salta	13	5	9	11	7	10
Santiago del Estero	—	1	—	1	—	1
Tucumán	2	—	1	—	—	—
Noroeste Argentino	15	7	12	12	9	12
Neuquén	—	—	—	—	—	1
Río Negro	—	—	1	—	—	—
Sur	—	—	1	—	—	1
Total Argentina	17	16	22	24	17	15

Casos confirmados de leishmaniosis mucosa, según año y jurisdicción de residencia. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Área de Análisis de Información e Investigación, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Entre 2019 y 2024 se registraron en Argentina 111 casos confirmados de leishmaniosis mucosa, 12 fueron notificados con probables recidivas mucosas y 10 tuvieron de forma concomitante presentaciones cutáneas. El 49,5% de los casos se registraron en Salta. La media de evolución fue de 282,23 días. El 80,7% de los casos de leishmaniosis mucosa fueron personas de sexo masculino y la media de edad fue de 50 años. De los casos de leishmaniosis mucosa, 14 sufrieron una o más probables recaídas.

Las leishmaniosis son un grupo de enfermedades antroponozoonóticas causadas por diferentes parásitos del género *Leishmania*. Son transmitidas a mamíferos susceptibles –entre ellos los seres humanos– por la picadura de la hembra de diferentes especies de flebotomíneos (subfamilia Phlebotominae), lo que da lugar a distintos complejos vector-parásito-reservorio/hospedero.

En Argentina, se registran ciclos de transmisión autóctona de las siguientes variantes clínicas: leishmaniosis visceral, que representa la forma de mayor gravedad, y leishmaniosis tegumentaria, que incluye, entre otras, las formas cutánea y mucosa.

Aunque dinámica, la transmisión está delimitada a focos naturales donde coexisten vector, reservorio y parásito, condicionados por factores ecológicos como clima, temperatura, humedad y cobertura vegetal. Se han caracterizado tres ciclos de transmisión: selvático, doméstico-rural y doméstico-urbano. A diferencia del ciclo de la leishmaniosis visceral, las leishmaniosis tegumentarias suelen ocurrir en el ciclo selvático que, en Argentina, corresponden a tres regiones fitogeográficas –Yungas, Chaqueña y Paranaense– de 11 provincias del centro y norte del país. La transmisión silvestre en áreas de vegetación primaria o residual representa un riesgo principalmente asociado a actividades laborales, recreativas o extractivistas desarrolladas en esos ambientes. Ocasionalmente, se registran brotes de transmisión en los ciclos doméstico-rural y doméstico-urbano –vinculados a asentamientos ubicados en zonas contiguas a áreas de vegetación primaria o parches residuales urbanos– donde tanto los vectores como los reservorios (animales vertebrados de vida silvestre) pueden perpetuar la transmisión en el entorno peridomiciliario.

La leishmaniosis mucosa es una lesión crónica y mutilante que compromete, inicialmente, la mucosa nasal y a continuación la orofaríngea y de las vías respiratorias altas. Está principalmente asociada a la especie *Leishmania (V.) braziliensis*, y en la mayoría de los casos se cuenta con el antecedente de lesiones cutáneas o lesiones concomitantes, por lo que se considera una diseminación hematogena o por contigüidad de la misma. Se considera multicausal, consecuencia de la interacción variable de los factores dependientes del parásito (especie, tropismo, virulencia, capacidad patógena, infección con LRV 1 (*Leishmania* RNA virus 1) y del huésped (inmunidad, genética), donde se desarrolla una respuesta inflamatoria exagerada con participación de la reacción inmunitaria innata y de las células TCD4⁺ y TCD8⁺ que no es modulada por los mecanismos reguladores por lo que ocurre el daño tisular y el desarrollo de la enfermedad.

Una mujer de 29 años, originaria de El Bolsón (provincia de Río Negro), falleció el 16 de abril en la casa de su pareja, en el paraje El Pedregoso, situado en las cercanías de Epu-yén (provincia de Chubut), a causa de una hantavirosis, una enfermedad viral transmitida por roedores silvestres. Según el reporte oficial, el fallecimiento ocurrió en el domicilio antes de que pudiera ser trasladada a un centro médico para recibir atención de urgencia.



Ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*)

Esta es la segunda muerte registrada en la Patagonia en una semana. La noticia reaviva la preocupación por esta enfermedad en la región, donde ya hubo antecedentes de brotes graves, como el ocurrido en 2018.

El intendente de El Bolsón, José Contreras, detalló que, al conocerse el caso, se activó inmediatamente el protocolo de aislamiento preventivo con la familia de la víctima. Otras seis personas permanecen también aisladas: cuatro de ellas en Chubut y otras dos en El Bolsón, puesto que tuvieron contacto cercano con la mujer durante el período de incubación.

La comuna también dispuso acompañar a las personas aisladas con alimentos y leña, mientras especialistas en zoonosis realizan capturas de roedores en la zona para analizar la situación epidemiológica.

El hospital local tomó medidas para evitar la propagación del virus, dado que el hantavirus puede ser transmitido por la inhalación de partículas de roedores infectados, o por contacto con sus heces, orina o saliva.

Otro caso en San Martín de los Andes

Un día antes, un hombre de 38 años falleció en la localidad de San Martín de los Andes (provincia de Neuquén), tras haber contraído una hantavirosis.

La persona fallecida, un reconocido ciclista, fue ingresado el 8 de abril con síntomas compatibles con la enfermedad en el Hospital 'Dr. Ramón José Carrillo'. Ese mismo día, su cuadro empeoró. Pese a los esfuerzos médicos, falleció horas más tarde.

Una vez que el Ministerio de Salud de Neuquén tomó conocimiento de lo sucedido, confirmó que el caso está en investigación para determinar la fuente del contagio, ya que el caso había estado en diferentes lugares durante el período de incubación –entre el 6 y el 13 de abril–. Incluso, participó en una competencia deportiva en la región. Por el momento, no se ha confirmado contacto directo con el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*), el principal vector del virus en la Patagonia.

El caso generó preocupación en las autoridades sanitarias provinciales, que de inmediato activaron los protocolos de contención epidemiológica y aislaron a diez personas que tuvieron contacto estrecho con la víctima.

“Las personas en aislamiento deben cumplir un período de automonitoreo de síntomas y reciben acompañamiento del servicio de salud. El equipo sanitario remarcó que este caso representa un desafío particular por tratarse de un caso fatal, lo que implica un acompañamiento que contempla también el proceso de duelo de los familiares”, señaló el organismo de salud. Además, evalúan cómo ocurrió el contagio.

“Tras realizar la investigación epidemiológica, se estima que la vía de contagio pudo haber sido ambiental”, señaló el Ministerio de Salud de Neuquén.

Ya son tres las muertes causadas por el hantavirus este año en el país. A estos dos se suma el ocurrido en San Carlos de Bariloche, una mujer de 40 años que estuvo internada en una clínica de esa ciudad rionegrina.

Karina Hodara, doctora en biología y docente de la Facultad de Agronomía de la Universidad de Buenos Aires, comentó: “Si el hombre que falleció en San Martín de los Andes no salió del área endémica del sur andino patagónico, puede haber sido afectado por el hantavirus Andes, que por ahora es la única cepa que se transmite de manera inter-humana”.

En esta zona de Argentina, circula el hantavirus Andes, que hasta el momento es el único en el mundo que se transmite de persona a persona. Es también la que produce la mayor tasa de letalidad en humanos: puede llegar hasta 50%. En cambio, otros hantavirus tienen una tasa menor a 2% en el norte del país.

Cuando una persona sufre la forma más severa de hantaviriosis, se puede generar el síndrome cardiopulmonar, una condición que rápidamente afecta los pulmones y el corazón.

Los síntomas iniciales de la hantaviriosis suelen incluir fiebre, dolores musculares, escalofríos y dolor de cabeza. En algunos casos, pueden presentarse síntomas gastrointestinales como náuseas, vómitos y diarrea. Si la enfermedad avanza, los pacientes experimentan distrés respiratorio y fallas hemodinámicas graves. Esto puede llevar a insuficiencia respiratoria, que, si no se trata con rapidez, puede ser fatal. Es crucial estar alerta a los primeros síntomas, especialmente si el paciente ha estado en zonas de riesgo, áreas geográficas donde existe una mayor probabilidad de exposición al virus debido a la presencia de ciertas especies de roedores, que son los principales reservorios de las distintas cepas.

La principal vía de transmisión del hantavirus es la inhalación de partículas virales presentes en el aire, eliminadas por la orina, heces o saliva de roedores infectados. También puede contagiarse por contacto directo con roedores vivos o muertos, sus excrementos o su saliva. La mordedura de un roedor infectado, aunque menos común, también puede ser una vía de contagio.

Hay cuatro especies identificadas de roedores en la zona de la Patagonia que portan el hantavirus Andes. Pero solo una de ellas, el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*) es la especie asociada a enfermedad en humanos en la Patagonia. Esta especie es nativa de Chile y Argentina, y habita en zonas rurales y cerca de cursos de agua en bosques y arbustales.

En Argentina existen varias regiones endémicas donde el hantavirus circula de manera constante y permanente: Noroeste (Salta, Jujuy, Tucumán), Noreste (Misiones, Chaco, Formosa y Corrientes), Centro (Buenos Aires, Santa Fe, Entre Ríos y sur de Córdoba) y Sur (Neuquén, Río Negro, Chubut y norte de Santa Cruz).

Las zonas rurales y áreas naturales son especialmente propensas, ya que allí habitan los roedores que transmiten el virus. Sin embargo, las interfases rurales-urbanas, como áreas cercanas a vías del ferrocarril o cursos de agua, también son lugares de riesgo. También lo pueden ser los galpones o los depósitos infestados por roedores.

Las actividades de las personas, como la recolección de leña o frutos silvestres en las zonas de mayor riesgo, incrementan el contacto con los roedores. También la expansión de las zonas urbanas hacia hábitats de roedores también aumenta el riesgo de contagio.

Los roedores se reproducen durante la primavera y el verano. Entre abril y mayo, se produce un pico en su densidad poblacional. Si las personas van a zonas donde ellos habitan, existe más riesgo de exposición, porque se da una mayor presencia de animales y aumenta el número de roedores infectados, al aumentar la probabilidad de contacto entre el roedor infectado y la persona sana.

El cambio climático, impulsado por las emisiones de gases de efecto invernadero, puede agravar diversas enfermedades patógenas humanas, incluida la hantaviriosis. Si el invierno es suave, son muchos los ratones que sobreviven, y la población primaveral es enorme. En cambio si el invierno es muy crudo, muchos mueren y la población se regula naturalmente porque son pocos los individuos sobreinvernantes.

En el período comprendido entre el año 2019 y la primera semana de febrero de 2025, se registraron 69 muertes por hantaviriosis en todo el territorio de Argentina, según el Ministerio de Salud nacional.

Luego de confirmar el diagnóstico positivo de rabia paresiante en bovinos de un establecimiento ubicado en Las Breñas (Chaco), el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) dispuso la vacunación obligatoria de todas las especies susceptibles, tanto en el predio afectado como en todos aquellos ubicados en un radio de 10 km alrededor del brote.



Una vez cumplimentada la vacunación, los productores y tenedores de ganado deberán registrarla en la Oficina del SENASA de la localidad y revacunar entre los 20 y 30 días posteriores a la primera dosis en caso de primovacunados, conforme a lo establecido por la normativa vigente. Para aquellos animales que cuenten con la vacuna antirrábica, su revacunación será anual.

Al tratarse de una enfermedad zoonótica y endémica en la región, el SENASA recomendó incorporar la vacunación contra la rabia en el calendario anual como principal medida de prevención; monitorear refugios de vampiros con personal inmunizado y capacitado, y evitar todo tipo de contacto con animales que presenten signos clínicos sospechosos.

La rabia paresiante es una enfermedad epidémica y recurrente causada por el virus rábico transmitido por el vampiro común (*Desmodus rotundus*), que afecta principalmente a los bovinos, a los equinos, con menor frecuencia a otras especies domésticas, al hombre y a algunos animales silvestres.

La rabia paresiante es una enfermedad de notificación obligatoria, tanto para los productores como para los veterinarios.

Aunque la dispersión del virus rábico a los tejidos periféricos del bovino no es abundante, el contacto con bovinos rabiosos implica riesgo de contagio para el hombre. Los contactos con bovinos rabiosos ocurren principalmente cuando se intenta medicarlos por vía oral o cuando se piensa que la disfagia que se observa en la mayoría de esos animales es consecuencia de una obstrucción alimentaria del esófago y se intenta la desobstrucción manual. También, cuando se faenan animales rabiosos o que están incubando rabia, y en las prácticas de manejo con esos animales.

Entre los carnívoros domésticos de Argentina, hasta el momento no se han observado casos producidos por el virus rábico que transmite el vampiro; no obstante, se debe mantener una estrecha vigilancia pues, tanto el perro como el gato, depredan a los vampiros y a otros murciélagos.

El área endémica de la rabia paresiante abarca la totalidad de las provincias de Misiones, Corrientes, Chaco, Formosa, Santiago del Estero y Tucumán, y partes de las provincias de Santa Fe, La Rioja, Catamarca, San Luis, Córdoba, Salta y Jujuy.

En caso de detectar animales muertos o que presenten sintomatología nerviosa, como así también posibles refugios de vampiros, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

- la oficina más cercana, por teléfono o personalmente;
- por WhatsApp: (11) 5700-5704;
- por correo electrónico: notificaciones@senasa.gob.ar; o
- a través del formulario [Avisá al Senasa](#).



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR INFLUENZA ESTACIONAL Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EN EL HEMISFERIO SUR

17/04/2025

Considerando el inicio de la temporada de mayor circulación de la influenza y otros virus respiratorios en el hemisferio sur de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) emitió una [alerta epidemiológica](#) en la que recomienda a los Estados Miembros ajustar los planes de preparación y organización de los servicios de salud para una eventual sobrecarga en el sistema sanitario. La OPS/OMS recomendó reforzar la vigilancia de la influenza, el virus sincicial respiratorio (VSR) y el SARS-CoV-2 y adoptar las medidas necesarias para la prevención y el control frente a las infecciones por virus respiratorios, implementar medidas que garanticen el diagnóstico precoz y un manejo clínico adecuado, especialmente entre la población de alto riesgo de presentar enfermedad grave, garantizar la vacunación contra los virus respiratorios, asegurando una alta cobertura de vacunación en grupos de alto riesgo, la adecuada previsión y organización de los servicios de salud, el cumplimiento estricto de las medidas de control de prevención de infecciones, el suministro adecuado de antivirales y equipos de protección personal, así como una adecuada comunicación de riesgo a la población y a los profesionales de la salud.

Resumen de la situación

Durante la semana epidemiológica (SE) 13 de 2025, en general, la subregión de América del Norte y partes del Caribe mantienen un nivel alto, pero en descenso, para la actividad de influenza, principalmente asociado a la influenza A(H1N1)pmd09 y la influenza B, mientras que la actividad del virus sincicial respiratorio (VSR) mantiene su tendencia a la disminución. La actividad del SARS-CoV-2 se mantiene baja en América del Norte, mientras que el Caribe mostró aumentos en la circulación. En la subregión de Centroamérica, la circulación de la influenza A(H1N1)pmd09 presenta un nuevo aumento en su actividad, luego de disminuir por algunas semanas. La actividad del VSR se mantiene con respecto a la SE 12 de 2025, y la circulación del SARS-CoV-2 disminuye. La subregión Andina se mantiene estable en la circulación del SARS-CoV-2 y VSR respecto de semanas anteriores, sumándose un aumento en la detección de influenza. En la subregión de Brasil y el Cono Sur, Brasil presenta un aumento en la detección de influenza y VSR. Con respecto al SARS-CoV-2, se observa una disminución.

Subregión Andina

En la SE 13 del 2025, los casos de enfermedad tipo influenza (ETI) e infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) se mantienen bajos en la mayoría de los países de la subregión. La actividad de la influenza mantiene una tendencia al ascenso, con circulación tanto de influenza

A(H3N2) como A(H1N1)pmd09. La circulación del VSR aumentó en las últimas SE. La positividad del SARS-CoV-2 se mantiene en la SE 13 de 2025.

- **Colombia:** En la SE 13 de 2025, la actividad de la IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico; no obstante, la actividad de la infección respiratoria aguda (IRA) se encuentra en niveles extraordinarios, pero con tendencia a la disminución. La circulación de la influenza, principalmente la influenza A(H3N2), aumentó con respecto a la semana anterior y su positividad se sitúa sobre el umbral epidémico. El SARS-CoV-2 experimentó un aumento respecto a SE anteriores. El VSR se mantiene en niveles bajos, pero con tendencia al aumento. Se observa una tendencia al aumento en la positividad de otros virus respiratorios como rinovirus y parainfluenza.
- **Ecuador:** En la SE 13 de 2025, la actividad de la IRAG se mantiene en niveles epidémicos y la de la neumonía mantiene una tendencia ascendente y en nivel moderado. Los casos positivos de IRAG se asocian principalmente a VSR e influenza A(H3N2) en las últimas SE. La circulación del VSR, luego de un importante aumento en las últimas SE, presenta una disminución. El SARS-CoV-2 mantiene niveles bajos de detección y con tendencia a la disminución.
- **Perú:** En la SE 13 de 2025, se observa una importante disminución de la detección de casos de covid y un aumento en la detección de casos de influenza A y VSR.

Subregión de Brasil y el Cono Sur

Los casos de ETI y de IRAG en la subregión de Brasil y el Cono Sur experimentan un aumento en las últimas dos SE (SE 12 y SE 13 de 2025). Con respecto a la ETI, se asocia principalmente al SARS-CoV-2, que disminuyó en la última SE y en menor cantidad a influenza, que tiene tendencia al aumento, con influenza B como cepa predominante, seguida de A(H1N1)pdm09. La circulación del VSR mantiene su tendencia al aumento. Para los casos de IRAG, la detección de influenza se mantiene estable y los casos de SARS-CoV-2 disminuyen.

- **Argentina:** En la SE 13 de 2025, la actividad de la ETI y de la IRAG se mantiene por debajo del umbral epidémico. La positividad de influenza supera el límite del umbral epidémico y al alza con detección de influenza A. La actividad del VSR sigue baja, mientras que la del SARS-CoV-2 presenta una tendencia al aumento.
- **Brasil:** En la SE 13 de 2025, la actividad de la IRAG presenta una tendencia a la disminución, situándose en niveles epidémicos. Los casos están asociados principalmente al VSR y el SARS-CoV-2, donde su positividad disminuye con respecto a las SE previas. La ETI también disminuye la detección del SARS-CoV-2. La circulación de influenza (principalmente influenza B) sigue siendo baja. El VSR experimentó un aumento en su tendencia en comparación a las dos SE previas. Se observa un aumento en la detección de otros virus respiratorios, como rinovirus y adenovirus.
- **Chile:** En la SE 13 de 2025, la actividad de la ETI se mantiene por encima de los niveles esperados y con tendencia al aumento. Los casos están asociados principalmente al SARS-CoV-2 y la influenza A(H1N1)pmd09, que se encuentra sobre el umbral epidémico. La actividad del VSR sigue siendo baja y la positividad del SARS-CoV-2 disminuye en la última SE. Los casos de IRAG muestran una tendencia al aumento y sobre los umbrales epidémicos. Se observa un incremento de casos de IRAG asociados a influenza.
- **Paraguay:** En la SE 13 de 2025, los casos de ETI se mantienen por debajo del umbral epidémico y estables respecto a la SE 12 de 2025. Los casos positivos de ETI se atribuyen princi-

palmente a la influenza B e influenza A(H1N1)pmd09, los casos de IRAG se atribuyen principalmente al SARS-CoV2 y se encuentran sobre el umbral epidémico. La circulación del SARS- CoV-2 se ha mantenido alta en las últimas dos SE. Adicionalmente, se observa alta detección de otros virus respiratorios, principalmente rinovirus.



El Ministerio de Salud y Bienestar de Belize informó a la población sobre la reciente confirmación de casos autóctonos de malaria en Santa Elena Town y en Cristo Rey Village, ubicados en el distrito de Cayo. Estos casos representan los primeros casos autóctonos en más de seis años, un avance significativo en los esfuerzos del país para prevenir el resurgimiento de la malaria.

El caso inicial se detectó el 17 de enero, y se detectaron casos adicionales el 11 de marzo y el 5 de abril. De los cuatro casos confirmados en 2025, tres se atribuyen a transmisión local y uno se clasifica como importado de Petén, Guatemala.

Los casos se detectaron mediante la vigilancia rutinaria en centros de salud públicos y privados. En respuesta, el Programa de Control de Vectores, en colaboración con los funcionarios regionales de vigilancia sanitaria, ha implementado diversas medidas, entre ellas:

- Cribado de febriles casa por casa
- Actividades de control de mosquitos, como nebulización y aplicación de larvicidas.
- Campañas de concientización comunitaria para educar a los residentes sobre los síntomas y la prevención.

Todos los pacientes identificados recibieron tratamiento médico supervisado adecuado y dieron negativo en las pruebas de seguimiento. Se ha intensificado la vigilancia a lo largo de la frontera oeste, en particular en los barrios de Santa Cruz y Hillview, en Santa Elena Town, así como en Cristo Rey Village. El Ministerio está realizando pruebas de detección a las personas que presentan o han presentado fiebre en los últimos 30 días.

Se instó a los residentes que presenten fiebre y escalofríos, especialmente aquellos que hayan viajado a países vecinos en los últimos 30 días, a que visiten el centro de salud más cercano para realizarse una prueba de malaria gratuita.

El Ministerio recordó a la población la importancia de prevenir las picaduras de mosquitos y recomendó el uso de repelente de insectos para quienes viajen a países vecinos. También recomendó el uso de mosquiteros, la limpieza del entorno y la eliminación del agua estancada en las viviendas.

Si bien este avance es preocupante, Belice mantiene su compromiso de mantener su estatus libre de malaria, que alcanzó por primera vez en junio de 2023.

El aumento de los casos de tos convulsa, una enfermedad altamente contagiosa causada por la bacteria *Bordetella pertussis*, encendió las alarmas en la capital colombiana.

El secretario de Salud de Bogotá, Gerson Orlando Bermont Galavis, afirmó que en lo que va de 2025, se han registrado 107 casos de esta enfermedad, lo que representa un incremento drástico en comparación con los



11 reportados durante todo 2024. El sistema de vigilancia epidemiológica también identificó 390 casos probables, cuatro veces más que en el mismo periodo del año anterior.

Según datos de la Secretaría de Salud de Bogotá, la mayor incidencia se registra en el grupo de menores de cinco años de edad, para quienes el riesgo de complicaciones severas es mayor. Diana Marcela Walteros Acero, subdirectora de Vigilancia en Salud Pública de la entidad, explicó que esta enfermedad puede ser grave en niños de un año, sobre todo en menores de seis meses. Se presenta con accesos de tos, dificultad para respirar, el niño se puede poner morado, e instó a los padres a buscar atención médica inmediata ante cualquier síntoma sospechoso.

El impacto de la tos convulsa se ha distribuido de manera desigual en la capital. Según reportes de la Secretaría de Salud, las localidades de San Cristóbal y Ciudad Bolívar encabezan la lista de casos confirmados, con 19 y 17 respectivamente, seguidas de Usme y Kennedy, que han registrado nueve cada una.

El análisis también detalla los grupos de edad más afectados: 70 casos corresponden a niños menores de cinco años, 12 a menores de entre 5 y 14 años, mientras que 18 contagios se han presentado en adultos. Walteros Acero destacó al medio que, aunque los niños son la población más vulnerable, los adolescentes y adultos pueden actuar como transmisores silenciosos, por lo que las medidas de prevención deben abarcar a todas las edades.

En respuesta al aumento de contagios, la Secretaría de Salud de Bogotá intensificó sus estrategias de vacunación, ofreciendo este servicio de forma gratuita en más de 200 puntos de la ciudad. También se han reforzado las campañas de educación sobre medidas preventivas, como el uso de barbijo en las personas con síntomas respiratorios y el lavado constante de manos. Las autoridades recomiendan además que las mujeres embarazadas reciban la dosis correspondiente de vacuna contra la tos convulsa para proteger a los recién nacidos durante sus primeros meses de vida.

Panorama contrastante en Medellín

Mientras tanto, en Medellín, la situación es diferente. La Secretaría de Salud de esta ciudad confirmó que hasta el momento solo se han registrado seis casos de tos convulsa en 2025, sin evidencias de un brote. Sin embargo, un significativo aumento en las infecciones respiratorias agudas mantiene en alerta a las autoridades locales. En lo corrido del año, se han regis-

trado más de 138.600 consultas ambulatorias por infecciones respiratorias agudas, lo que representa un incremento de 10% frente al mismo periodo del año anterior.

Rita Elena Almanza Payares, líder de Epidemiología en Medellín, compartió su preocupación sobre el impacto de estas infecciones: “Podríamos decir que tenemos un pico de infecciones respiratorias. Es importante llamar la atención porque esas cerca de 600 hospitalizaciones semanales corresponden, en un 80%, a adultos mayores de 70 años, pero también a niños pequeños” afirmó.



En cuanto a las acciones preventivas, en Medellín se ha priorizado la vacunación contra la influenza, especialmente para grupos de riesgo como los niños de 6 a 23 meses, mujeres embarazadas, adultos mayores y personas con comorbilidades.

La tos convulsa se transmite a través de partículas expulsadas al hablar, toser o estornudar y puede presentar síntomas graves en bebés, incluidos accesos de tos intensos, dificultad respiratoria y cambios en el color de la piel. Las acciones clave para controlar esta enfermedad incluyen la vacunación, el aislamiento de los casos y el uso de medidas higiénicas, como el lavado continuo de manos y el uso adecuado del barbijo en personas con síntomas respiratorios.

El Gobierno de Colombia declaró la emergencia sanitaria en todo el país para enfrentar el brote de fiebre amarilla que ha dejado hasta el momento 74 casos confirmados y 34 fallecidos, según anunció el ministro de Salud, Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez.

La situación más crítica se presenta en el departamento Tolima, donde, desde septiembre de 2024, se pasó de cuatro a 22 puntos detectados, de acuerdo con los reportes de las unidades médicas encargadas de la atención.

“A raíz de esta situación es que hemos tenido la necesidad de llevar la emergencia sanitaria, para que el trabajo que se ha venido realizando con mucha insistencia, con los equipos básicos de salud que están en el territorio, vacunando de casa en casa, en cada una de las veredas de estos municipios”, señaló el ministro.

Jaramillo Martínez explicó que el virus ya se ha expandido más allá de los 388 municipios tradicionalmente considerados de riesgo, especialmente en regiones como la amazónica, el Catatumbo (Norte de Santander) y el Chocó. Ahora, su presencia ha sido detectada en el centro del país, lo que lo convierte en una amenaza para más comunidades.

Para atender la emergencia, se han desplegado cerca de 10.000 equipos básicos en salud, integrados por más de 80.000 personas entre médicos, enfermeras, auxiliares y otros trabajadores del sector.

Capacidad de respuesta y provisión de vacunas

El ministro aseguró que el país cuenta con una provisión suficiente de biológicos para enfrentar la emergencia. “Hay 3,1 millones de dosis de la vacuna en el país. Un millón y medio llegarán en los próximos siete días, más dos millones que se habían comprado con anterioridad a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), más otros 8 millones de biológicos solicitados”, detalló.

Según Jaramillo Martínez, el total disponible asciende a cerca de 7 millones de dosis, lo cual representa una cobertura adecuada para contener el brote. “La estrategia está centrada en la vacunación masiva, desde los 9 meses de edad. Hasta la fecha se han vacunado casi 8.000 personas mayores de 70 años”, señaló.

Impacto del virus y otras medidas

La fiebre amarilla es una enfermedad viral transmitida por la picadura de los mosquitos *Aedes* y *Haemagogus*, los cuales pueden encontrarse hasta los 2.200 metros de altitud en todo el país. “Afecta a casi 50% de las personas que son inoculadas por el mosquito transmisor y puede llegar a ser mortal”, advirtió el jefe de la cartera.

Ante esta situación, las autoridades exigirán el carné de vacunación a los viajeros que ingresen o salgan del país.

Otras acciones en curso incluyen medidas similares a las adoptadas frente al dengue, como evitar el agua estancada en llantas, lavaderos y otras zonas de riesgo, así como el uso de mosquiteros.

Llamado a la colaboración

El ministro pidió a las entidades prestadoras de salud seguir colaborando con el despliegue de equipos de vacunación en todo el territorio nacional, y al sector transporte, respetar las restricciones impuestas para frenar el avance del brote.

“Desafortunadamente, en algunas regiones como Tolima, hay personas que, por no llegar al sitio donde hay peligro, no se vacunan”, advirtió.

Finalmente, agradeció a las Fuerzas Militares su respaldo en esta labor y llamó a reforzar el plan de contingencia y vigilancia intensificada en todo el país. “Necesitamos advertir rápidamente cualquier brote que se llegue a presentar”, concluyó.

En México, la prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es diez veces más elevada en personas que viven con el VIH que en la población general. No obstante, en el país, la coinfección afecta de manera desproporcionada a quienes, además, cargan con factores de riesgo, como el antecedente de haber estado privadas de la libertad o consumir drogas intravenosas. Por otro lado, una proporción importante de los individuos coinfectados presenta enfermedad hepática activa y por ende se ven en la necesidad de un tratamiento antiviral.

“Vivimos en un país que tiene realidades diferentes, con regiones en donde uno de cada cien individuos con VIH tendrán hepatitis C y otras en donde potencialmente uno de cada diez tiene la coinfección. Por otro lado, pudimos confirmar que personas en vulnerabilidad social, como aquellas con antecedentes de uso de drogas intravenosas o privadas de la libertad, están aquí más expuestas a vivir con esta coinfección”, aseguró el Dr. Jorge Oggún Cano Torres, médico especialista en salud pública con enfoque en control de enfermedades transmisibles, profesor adscrito a la Universidad Autónoma de Baja California y autor de una [publicación](#) que brindó este preocupante panorama para México.

Durante el periodo comprendido entre mayo de 2019 y febrero de 2020, la investigación contó con más de 2.500 personas adultas con VIH. Eran seguidas en 24 centros de atención especializada, distribuidos en ocho regiones de la nación.

Todos los participantes (mediana de edad: 37 años; 75,8% sexo masculino) fueron invitados a completar un cuestionario estructurado relacionado con factores de riesgo para la infección y se les extrajo sangre para determinar la presencia de anticuerpos de inmunoglobulina G (IgG) contra el VHC. En los casos positivos, la presencia de actividad de la enfermedad fue explorada mediante la cuantificación del ácido ribonucleico del virus (ARN viral).

El análisis de 2.545 muestras de sangre estableció una prevalencia nacional de infección por el VHC de 3,89% para este grupo de personas que vivían con VIH. Aunque en el país existió una marcada disparidad en dicho registro, con prevalencias más bajas en las regiones sur (0,9%) y sudeste (1,5%), y más elevadas en el noroeste (6%) y en el área metropolitana de la Ciudad de México (6,7%).

Además, alrededor de 40% de los pacientes con serología positiva para VHC tenían evidencias de actividad viral, con un predominio en la detección del genotipo 1a (87%) en este grupo.

La información de los cuestionarios autoadministrados permitió determinar un mayor riesgo para la coinfección en participantes del sexo masculino, aquellos que tenían antecedentes de haber estado en un centro penitenciario, que llevaban tatuajes, o bien que utilizaban drogas intravenosas.

Por ejemplo, la prevalencia de infección por el VHC entre quienes manifestaban no ser usuarios de dichas drogas fue de 4,4%. En contraste, para aquellos que sí mencionaron haberlas consumido, durante los tres meses previos a la realización del cuestionario, el valor ascendió a 45,2%.

Cano Torres consideró que los resultados del estudio pueden orientar y ayudar a enfocar esfuerzos y recursos en poblaciones con mayor vulnerabilidad en México. En relación con este

último hallazgo, acotó que “es importante darnos cuenta de que compartir jeringas potencialmente infectadas es algo real y debemos tomarlo con seriedad al momento de diseñar una política nacional de control del VIH y VHC”.

La prevalencia de infección por el VHC resultó diez veces más elevada

Para el Dr. Gerardo Amaya Tapia, médico especialista en infectología, director general del Consejo Estatal para la Prevención y Control del Sida (COESIDA) de Jalisco y profesor investigador de la Universidad de Guadalajara, el artículo es relevante porque “existe poca información sobre la prevalencia de coinfección por el VHC en personas que viven con el VIH en México y solo había algunos reportes pequeños y regionales”.

La prevalencia del VHC en personas con el VIH en México fue aproximadamente diez veces mayor que la observada en la población general (3,9% contra el 0,38%) y en el artículo se estimó que entre 10.000 y 18.650 adultos que viven con VIH podrían estar coinfectados con el VHC. Estos pacientes se caracterizan por una progresión más rápida de la enfermedad hepática y la instauración más precoz de cirrosis e insuficiencia hepática.

Aunque, como aliciente, la investigación proporcionó información para respaldar la puesta en marcha de acciones de detección temprana y tratamiento oportuno de la infección por el VHC en este grupo con el VIH.

En ese sentido, Cano Torres consideró que “es fundamental implementar estrategias focalizadas en poblaciones de alto riesgo, particularmente usuarios de drogas inyectables y personas en algún centro penitenciario, así como en regiones con mayor prevalencia, como la zona noroeste y el área metropolitana de la Ciudad de México”. Asimismo, destacó: “La inversión en programas de detección y tratamiento de la coinfección de VHC/VIH no solo salva vidas, sino que también previene la transmisión adicional del VHC, reduce costos de atención de complicaciones hepáticas y contribuye a la meta de eliminación del VHC como problema de salud pública”.

Por su parte, Amaya Tapia relató que algunos de los pacientes que consultan en el COESIDA ya ingresan con la coinfección de VIH/VHC, pero advirtió que en la gran mayoría se detecta la hepatitis C durante el seguimiento de la infección por VIH, a pesar de que se les explica que el tratamiento antirretroviral no evita el contagio de otras infecciones de transmisión sexual.

“Con los datos disponibles es importante continuar con las medidas preventivas, tanto para VIH como para hepatitis C. La promoción del uso del preservativo debe ser constante y es necesario disminuir prácticas de riesgo y el uso de drogas de cualquier tipo a través de la difusión y el lanzamiento de programas educativos a diferentes niveles que permitan impactar en la población”, opinó el médico especialista.

Mayores desafíos para el control de la infección en poblaciones clave

Para Cano Torres, el Programa Nacional de Eliminación de la Hepatitis C, instaurado en México durante 2020, va por el camino correcto, ya que se enfoca en grupos prioritarios y garantiza el tratamiento de todas las personas con serologías positivas para el VHC en el país. Hay que recordar que con estos fármacos se logran tasas de curación que pueden situarse por encima de 90%.

Aunque, según el profesional, es necesario “que otros sectores se involucren con recursos y personal humano, ya que este no es solamente un problema de salud, sino de las condiciones y el contexto social que rodea a las personas con hepatitis C”.

En relación con las personas usuarias de drogas endovenosas, le preocupa lo esquivas que pueden ser para la atención en los centros de salud, pues suelen vivir con estigmas y no son abarcadas de manera adecuada por sistemas de referencia y contrarreferencia.

Por otro lado, Cano Torres consideró que el control de la infección por VHC en centros penitenciarios constituye un verdadero desafío. Ahí, la coordinación con otros sectores es fundamental y se debe contar con el apoyo de los administradores de estos sitios, así como que el personal esté entrenado en la aplicación de pruebas rápidas y capacitado para realizar una referencia oportuna.

“Sin embargo, también sabemos que las poblaciones de los centros penitenciarios no son estáticas, sino que cambian. Cuando terminas de tamizar a toda su población, ya tienes a nuevas personas a las cuales estudiar, cada una con su propio riesgo y perfil social”, comentó.

Añadió que “es por eso por lo que se debe contar, por ejemplo, con un equipo tamizador que únicamente se dedique a hacer pruebas de sangre a los recién llegados, además de otro equipo responsable de vigilar el abasto del tratamiento y el uso de este”.

Amaya Tapia señaló que en Jalisco, desde hace décadas, distintos programas vigilan la salud de las personas privadas de la libertad. Entre ellos destacó uno destinado a la detección de la infección por el VIH y hepatitis virales que, según el profesional, ha tenido “mucho éxito” hasta la fecha en la disminución de muertes y hospitalizaciones por VIH/sida.

Un [informe](#) publicado hacia fines de 2024 por la Comisión Estatal de Derechos Humanos (CEDH) de Jalisco coincidió con lo expresado por Amaya Tapia en relación con el control de la infección por el VIH. Allí se comentó que las medidas tomadas han permitido que en los centros de reclusión del estado el número de internos que viven con VIH/sida sea menor a la media nacional de personas que padecen la enfermedad.

Algo que, según el informe, se tradujo para el citado periodo en la ausencia de quejas presentadas ante el organismo protector de los derechos humanos, ya sea por falta de tratamiento médico, atención médica especializada, o por haber sufrido los reclusos algún tipo de discriminación al ser portadores de VIH/sida.

Para Amaya Tapia, en Jalisco el abordaje de personas con adicción a drogas endovenosas también necesita del trabajo mancomunado de distintos efectores; señaló que un ejemplo concreto podría ser la cooperación con el programa contra las adicciones que también opera en el estado. “Se debe trabajar en conjunto, porque el uso de drogas intravenosas representa un riesgo muy alto de hepatitis C, como ocurre en el norte del país”. Aunque acotó que sería importante obtener más información acerca del impacto en el estado de este problema, para saber si es necesario, por ejemplo, otorgar equipos de inyección estériles a personas con esta adicción.

En el artículo, el equipo autoral contempló la necesidad de mayores estudios regionales, pero también pidió que el diseño de programas de eliminación del VHC siempre incluya la atención de personas que se administran drogas inyectables y a aquellas que viven en centros penitenciarios. “Eliminar una enfermedad, no importa cuál, es extremadamente difícil, y sabemos que el reto con la hepatitis C es dar con las poblaciones clave”, concluyó Cano Torres.

El 2 de abril de 2025, el Centro Focal Nacional para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI 2005) de México notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre una infección humana confirmada por laboratorio por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el estado de Durango.

Este caso representa el segundo caso humano de infección por el virus de la influenza aviar A(H5) en México, y el primer caso confirmado de infección por el virus de la influenza A(H5N1) en el país.

Se trata de un niño menor de 10 años del estado de Durango que dio positivo para el virus de la influenza aviar A(H5N1) en el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE). No presentaba ninguna enfermedad subyacente, no había recibido la vacuna contra la influenza estacional ni tenía antecedentes de viaje.

Los síntomas comenzaron el 7 de marzo de 2025 con fiebre, malestar general y vómitos. El 13 de marzo, el paciente ingresó en el hospital por insuficiencia respiratoria y al día siguiente se inició el tratamiento antiviral. El 16 de marzo, fue trasladado a un hospital de tercer nivel y falleció el 8 de abril por complicaciones respiratorias.

El 18 de marzo, se tomó una muestra de hisopado nasofaríngeo y se procesó mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR). El resultado fue influenza A no subtipificable. La muestra se envió al Centro de Investigación Biomédica del Noroeste (CIBIN) del Instituto Mexicano del Seguro Social de Monterrey, donde se confirmó como influenza A no subtipificable, con detección simultánea del virus de parainfluenza 3. El 31 de marzo, la muestra se envió al Laboratorio Central de Epidemiología “La Raza”, donde se identificó molecularmente como influenza A(H5). El 1 de abril, el InDRE recibió la muestra y confirmó el resultado positivo para influenza A(H5N1) mediante RT-PCR. La muestra se caracterizó como influenza aviar A(H5N1), clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1.

La fuente de infección continúa bajo investigación. Durante el rastreo de contactos, se identificaron 91 personas, incluyendo 21 contactos domésticos, 60 profesionales sanitarios y 10 personas de una guardería. Las muestras de hisopado faríngeo y nasofaríngeo tomadas de 49 contactos dieron negativo para influenza A(H5N1). Hasta la fecha, no se han identificado más casos de infección humana por influenza A(H5N1) relacionados con este caso.

Según información del Servicio Nacional de Sanidad, Inocuidad y Calidad Agroalimentaria (SENASICA), entre enero de 2022 y agosto de 2024 se reportaron 75 brotes de influenza aviar A(H5N1) en aves de corral en diversas regiones de México: Yucatán (20 brotes), Jalisco (17), Sonora (8), Ciudad de México (7), Aguascalientes (5), Baja California (4), Chihuahua (3), Guanajuato (2), Oaxaca (2), Puebla (2), Chiapas (1), Michoacán (1), Nuevo León (1), Tamaulipas (1) y Veracruz (1). A fines de enero de 2025, el SENASICA confirmó un nuevo caso de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1) en un buitre enfermo en el Zoológico de Sahuatoba en Durango, estado donde residía el caso. Posteriormente, se reportó la muerte de un ganso canadiense con síntomas neurológicos y hemorrágicos en la presa Peña del Águila, Durango. Se reportaron 25 aves enfermas y se confirmó la presencia de influenza aviar de alta patogenicidad.

dad A(H5) en un laboratorio de Gómez Palacio, Durango. También se registró un caso positivo de influenza aviar A(H5) en un ave del Parque Las Auras.

Respuesta de salud pública

En respuesta a esta detección, se están llevando a cabo actividades adicionales de investigación y vigilancia, coordinadas por las autoridades sanitarias locales y nacionales, con la participación de los sectores animal y ambiental. Estas actividades incluyen:

- Investigación epidemiológica exhaustiva del caso y sus contactos, incluida la recolección de muestras respiratorias de contactos domésticos sintomáticos y trabajadores de la salud, junto con el seguimiento y monitoreo continuos de los contactos cercanos.
- Fortalecimiento de la vigilancia de los virus respiratorios (incluida la enfermedad tipo influenza, ETI, y la infección respiratoria aguda grave, IRAG), con especial atención a los virus de la influenza, a fin de identificar y analizar patrones o tendencias respiratorias atípicas en la región.
- Activación del enfoque Una Salud, involucrando al SENASICA y a las agencias ambientales nacionales (la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales y la Comisión Nacional de Áreas Naturales Protegidas), para asegurar la coordinación interinstitucional, evaluar los riesgos potenciales para la salud animal, evaluar las posibles exposiciones dentro de la comunidad y las poblaciones animales, y notificar al Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica (CONAVE).
- Información regular a la Organización Mundial de Sanidad Animal sobre la incidencia de IAAP en aves de corral y aves silvestres. La última actualización, del 5 de marzo de 2025, reportó vigilancia activa y notificaciones oportunas de brotes, con una detección reciente en el estado de Durango. Por consiguiente, se instó a los avicultores locales a reforzar las medidas de bioseguridad en sus granjas y operaciones de traspatio, y a reportar de inmediato cualquier anomalía observada en la salud animal a las autoridades competentes. Se mantiene la vigilancia epidemiológica continua en las unidades de producción avícola, traspatios, mataderos con inspección federal, mataderos municipales y mediante el monitoreo a nivel nacional de las poblaciones de aves silvestres.

Evaluación de riesgos de la OMS

Este caso representa el segundo caso documentado de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5) en México y el primer caso confirmado de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1). Las investigaciones en curso se centran en identificar la fuente de infección y monitorear los contactos. Hasta la fecha, no se han identificado casos humanos adicionales de infección por el virus de la influenza aviar A(H5N1) en relación con este caso, ni se ha detectado ninguno mediante la vigilancia rutinaria de la influenza.

Se han reportado brotes de virus de IAAP A(H5), incluido el A(H5N1), en aves de corral en varios estados de México desde enero de 2022, incluido el estado de Durango.

Cuando los virus de la influenza aviar circulan en poblaciones de aves de corral, existe un riesgo inherente de infección humana por exposición a aves infectadas o entornos contaminados. Por lo tanto, se esperan casos humanos esporádicos.

Si bien se observó una transmisión limitada de los virus A(H5) entre humanos en eventos aislados entre 1997 y 2007, no se ha documentado una transmisión sostenida de los virus A(H5).

Los datos epidemiológicos y virológicos disponibles sugieren que los virus A(H5) de brotes anteriores no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos.

Según la información actual, la OMS considera bajo el riesgo general para la salud pública asociado con los virus A(H5). Sin embargo, para las personas con exposición ocupacional, el riesgo de infección se considera bajo o moderado.

La evaluación de riesgos se actualizará a medida que surja nueva información epidemiológica o virológica en relación con este evento.

Consejos de la OMS

Este evento no cambia las recomendaciones actuales de la OMS sobre las medidas de salud pública y la [vigilancia de la influenza](#).

Dada la naturaleza dinámica y evolutiva de los virus de la influenza, la OMS subraya la importancia crucial de contar con sistemas de vigilancia mundial sólidos para detectar y monitorear los cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con cepas de influenza emergentes o circulantes que tengan implicaciones para la salud humana o animal. El intercambio oportuno de aislamientos virales sigue siendo esencial para fundamentar evaluaciones integrales de riesgos.

En los casos en que los seres humanos estén expuestos a brotes de virus de influenza A en aves de corral domésticas, aves silvestres u otras especies animales, o cuando se confirme o se sospeche un caso humano, se debe iniciar rápidamente una vigilancia intensificada de las poblaciones potencialmente expuestas.

Las estrategias de vigilancia deben considerar los comportamientos de búsqueda de atención médica en la población afectada y pueden incluir una combinación de métodos activos y pasivos, como la búsqueda intensiva de casos mediante sistemas centinela de ETI/IRAG, el cribado hospitalario activo y la vigilancia dirigida a grupos ocupacionales de alto riesgo. También deben integrarse, cuando corresponda, otras fuentes de datos, como curanderos tradicionales, proveedores de atención médica privados y laboratorios de diagnóstico no gubernamentales, para mejorar la exhaustividad de la vigilancia.

Considerando la detección generalizada de virus de influenza aviar en aves de corral, aves silvestres y ciertas especies de mamíferos, se recomienda a la población general evitar el contacto directo con animales enfermos o fallecidos. Cualquier ave o mamífero presuntamente muerto, así como cualquier solicitud de retiro, debe notificarse a las autoridades veterinarias o de vida silvestre locales correspondientes para garantizar una manipulación y análisis seguros.

Todos los productos avícolas, incluidos los huevos y la carne, deben cocerse completamente y manipularse con las debidas precauciones de seguridad alimentaria. Se desaconseja el consumo de leche sin pasteurizar debido a sus posibles riesgos para la salud. La OMS recomienda consumir leche pasteurizada y, si no se dispone de leche pasteurizada, calentar la leche hasta que hierva para que sea más segura para el consumo.

En caso de infección humana confirmada o sospechosa por un nuevo virus de la influenza A con potencial pandémico, incluidas las cepas de origen aviar, se debe iniciar una investigación epidemiológica exhaustiva. Esta debe incluir una evaluación detallada del historial de exposición de los animales, el historial de viajes y la identificación de contactos cercanos, incluso antes de la confirmación de laboratorio. La investigación epidemiológica también debe incluir la identificación temprana de eventos inusuales que podrían indicar transmisión

de persona a persona del nuevo virus. Las muestras clínicas de casos confirmados o sospechosos deben analizarse y remitirse a un Centro Colaborador de la OMS para una caracterización virológica más exhaustiva. Se deben recolectar muestras adicionales de animales, del ambiente o de cualquier alimento sospechoso de ser fuente de infección.

Las personas que trabajan en entornos de producción y procesamiento de aves de corral deben tomar precauciones de salud adicionales, ya que corren un mayor riesgo de exposición a la influenza aviar y otras enfermedades zoonóticas debido a su estrecho contacto con aves y entornos potencialmente contaminados.

Los trabajadores agrícolas que tengan contacto directo o cercano con animales o materiales infectados o contaminados con el virus de la influenza aviar A(H5) deben usar equipo de protección personal adecuado para minimizar el riesgo de exposición.

Actualmente, existen varias vacunas autorizadas para prevenir la infección por el virus de la influenza A(H5) en humanos, aunque su disponibilidad es limitada. Se han seleccionado virus vacunales candidatos para la preparación ante pandemias que protegen contra la enfermedad causada por el virus de la influenza A(H5) en humanos con base en las cepas circulantes. Según los datos disponibles, es improbable que las vacunas contra la influenza estacional existentes proporcionen protección contra los virus de la influenza aviar A(H5). Sin embargo, es importante que las personas que puedan estar expuestas frecuentemente a aves u otros animales infectados o potencialmente infectados se vacunen contra la influenza estacional, ya que esto contribuiría a disminuir el riesgo de coinfección y la posible recombinación genómica de los virus aviar y humano, lo que podría dar lugar a nuevas cepas con potencial pandémico. El monitoreo estrecho de la situación epidemiológica, clínica y virológica, la caracterización más detallada de los virus recientes de la influenza humana, aviar y de otros animales, y las investigaciones serológicas siguen siendo esenciales para evaluar el riesgo y ajustar las medidas de gestión del riesgo según sea necesario.

La OMS aconseja a quienes viajen a regiones con brotes de influenza animal que eviten el contacto con mercados de animales vivos, granjas, mataderos o cualquier entorno con posible contaminación por excrementos animales. Se recomienda enfáticamente la higiene de manos y las prácticas seguras de manipulación de alimentos. En caso de que las personas infectadas viajen al extranjero, la detección podría realizarse durante el viaje o a su llegada mediante controles sanitarios rutinarios. Sin embargo, se considera improbable una mayor propagación a nivel comunitario, ya que este virus aún no se ha transmitido fácilmente entre humanos.

Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo del virus de la influenza A son de declaración obligatoria según el RSI 2005. Los Estados Partes en el RSI 2005 deben notificar inmediatamente a la OMS, en un plazo de 24 horas, cualquier caso de infección humana reciente confirmada por laboratorio causada por un virus de la influenza A, debido a su potencial pandémico. No se requiere evidencia de enfermedad para este informe. La OMS ha actualizado la definición de caso confirmado de influenza A(H5) en su [sitio web](#).

La OMS no recomienda que se realicen controles especiales a los viajeros en los puntos de ingreso ni otras restricciones debido a la situación actual de los virus de la influenza en la interfaz entre humanos y animales.

Los virus de la influenza animal suelen circular entre las poblaciones animales, pero algunos tienen el potencial de infectar a los humanos. Las infecciones humanas se adquieren predominantemente por contacto directo con animales infectados o exposición a ambientes contaminados. Según la especie hospedadora original, los virus de la influenza A pueden clasificarse en subtipos como influenza aviar, influenza porcina y otros subtipos de influenza de origen animal.

La infección humana por virus de la influenza aviar puede provocar un espectro de enfermedades, que van desde síntomas leves en las vías respiratorias superiores hasta afecciones graves potencialmente mortales. Las manifestaciones clínicas incluyen conjuntivitis, síntomas respiratorios y gastrointestinales, encefalitis y encefalopatía. En algunos casos, se han detectado infecciones asintomáticas por el virus A(H5N1) en personas con exposición conocida a animales y entornos infectados.

El diagnóstico definitivo de la infección por influenza aviar humana requiere confirmación de laboratorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) actualiza periódicamente sus directrices técnicas sobre la detección de la influenza zoonótica, utilizando métodos de diagnóstico molecular como la reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real. La evidencia clínica indica que ciertos agentes antivirales, en particular los inhibidores de la neuraminidasa (p. ej., oseltamivir, zanamivir), han demostrado acortar la duración de la replicación viral y mejorar la evolución de los pacientes en algunos casos.

Entre 2003 y el 10 de abril de 2025, se notificaron a la OMS 972 casos de infección humana por el virus de la influenza aviar A(H5N1), incluidas 470 muertes (tasa de letalidad de 48,4%), en 24 países. Casi todos estos casos se relacionaron con contacto cercano con aves infectadas, vivas o muertas, o con entornos contaminados.



ÁFRICA

HISTÓRICA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN CONTRA LA POLIOMIELITIS PARA PROTEGER A 83 MILLONES DE NIÑOS EN LA CUENCA DEL LAGO CHAD

17/04/2025

En un esfuerzo renovado por erradicar la variante del poliovirus tipo 2 circulante en la cuenca del lago Chad, los ministros de Salud de Camerún, Chad, Níger, Nigeria y República Centroafricana, lanzaron el 17 de abril una campaña regional de vacunación sincronizada destinada a proteger a 83 millones de niños menores de 5 años. Esta iniciativa constituye un hito crucial en la lucha contra la variante del poliovirus tipo 2, que sigue representando una amenaza para millones de niños en toda la región.



En los últimos 12 meses, se ha detectado la variante del poliovirus tipo 2 tanto en el ambiente (muestras de aguas residuales) como entre las personas afectadas en Camerún, Chad, Níger y Nigeria. Se han notificado 210 casos en estos cuatro países, 140 de los cuales resultaron en parálisis. Si bien hasta la fecha no se han notificado casos en República Centroafricana, estos hallazgos subrayan el riesgo continuo de transmisión transfronteriza y la urgente necesidad de una acción regional coordinada.

Más de 50% de los casos de poliomiélitis notificados en Chad en 2024 están relacionados con la cepa que circula en Camerún, lo que subraya la importancia de la coordinación y sincronización de los esfuerzos de respuesta a la poliomiélitis.

Casi 12 millones de niños fueron vacunados el año pasado a través de campañas de inmunización masiva para detener la propagación del virus.

Para fortalecer aún más la inmunidad y frenar la transmisión, se llevará a cabo una campaña sincronizada de vacunación antipoliomielítica del 24 al 28 de abril de 2025, dirigida a las poblaciones de alto riesgo y móviles en zonas fronterizas, donde los indicadores de vigilancia se han mantenido por debajo de los objetivos. Esta campaña forma parte de una estrategia más amplia para garantizar la protección de todos los niños, independientemente de su ubicación o patrones de desplazamiento.

La ronda cuenta con el apoyo de aproximadamente 1,1 millones de trabajadores de primera línea –incluidos vacunadores, movilizados sociales y monitores– comprometidos a proteger hasta el último niño.

“La cuenca del lago Chad sigue siendo una zona crucial en nuestra lucha contra la poliomielitis. Al unirnos como región, reforzamos nuestro compromiso de erradicar esta enfermedad de una vez por todas”, declaró el Ministro de Salud de Chad, el Dr. Abdelmadjid Abderahim Mahamat.

Como parte del lanzamiento, los Ministros de Salud celebrarán una reunión a puerta cerrada para debatir los desafíos, revisar los datos epidemiológicos y fortalecer la cooperación transfronteriza. El evento se alinea con el Plan de Acción Regional de África para la Erradicación de la Poliomielitis y el Plan de Coordinación Transfronteriza para la Erradicación de la Poliomielitis 2024-2025, aprobados en agosto de 2024 y actualizados en febrero de 2025 para adaptarse a la evolución de la situación epidemiológica sobre el terreno, lo que subraya el compromiso unido de la región con la protección de todos los niños.

Socios mundiales de salud, como la Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Fundación Gates, la Alianza para las Vacunas y Rotary International, se unirán a la iniciativa, reafirmando su compromiso con la erradicación de la poliomielitis. Los trabajadores de salud comunitarios, los líderes locales y los voluntarios también desempeñarán un papel fundamental para garantizar el éxito de la campaña. Este evento coincidirá con la Semana Africana de la Vacunación bajo el lema “La inmunización para todos es humanamente posible”.

La iniciativa de erradicación de la poliomielitis en la cuenca del lago Chad demuestra el poder de la colaboración en la salud mundial. Trabajando juntos, gobiernos, socios y comunidades pueden garantizar un futuro libre de poliomielitis para los niños de la región y más allá.

Los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizaron su Plan de Respuesta Continental conjunto para la emergencia de la mpox, ya que la enfermedad continúa afectando nuevas zonas. La estrategia revisada se centra en controlar los brotes, a la vez que amplía la cobertura de vacunación y avanza hacia una respuesta sostenible a largo plazo.



Históricamente una enfermedad zoonótica transmitida por animales infectados, la mpox ha mostrado una creciente tendencia a propagarse entre personas. En 2022, una variante del virus, el clado IIb, comenzó a propagarse globalmente por contacto sexual. Desde fines de 2023, otra cepa viral, el clado Ib, comenzó a propagarse a través de redes sexuales, dentro de los hogares y por contacto cercano. Esto llevó a los África CDC a declarar una Emergencia de Salud Pública de Seguridad Continental y al Director General de la OMS a declarar una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional en agosto de 2024.

Para agosto de 2024, el virus había comenzado a propagarse desde la República Democrática del Congo a cuatro países vecinos. Desde entonces, 28 países de todo el mundo han notificado casos de mpox por el clado Ib. Fuera de África, los casos siguen estando principalmente relacionados con viajes. Sin embargo, dentro de África, además de la transmisión en Burundi, República Democrática del Congo, Kenya, Rwanda y Uganda, se ha documentado transmisión local en otros países, como República del Congo, Sudáfrica, Sudán del Sur, Tanzania y Zambia.

Desde la declaración de la emergencia, el apoyo regional y mundial ha aumentado, en particular para la República Democrática del Congo, epicentro del brote. El Plan de Respuesta Continental conjunto para la emergencia de la mpox de los África CDC y la OMS ha guiado estos esfuerzos, centrándose en diez pilares clave: coordinación, comunicación de riesgos y participación comunitaria, vigilancia de enfermedades, capacidad de laboratorio, gestión clínica, prevención y control de infecciones, vacunación, investigación, logística y mantenimiento de los servicios de salud esenciales.

Se están llevando a cabo campañas de vacunación, con más de 650.000 dosis administradas en seis países, 90% de las cuales se han administrado en la República Democrática del Congo. En total, se han distribuido más de un millón de dosis a diez países, y se está trabajando para asegurar suministros adicionales de vacunas.

La capacidad de pruebas diagnósticas en la República Democrática del Congo ha crecido significativamente, impulsada por la expansión de la infraestructura de laboratorios: de dos laboratorios a fines de 2023 a 23 laboratorios en 12 provincias en la actualidad. Con la implementación de nuevas pruebas en el punto de atención cercano en el país, se espera que la capacidad aumente aún más.

A pesar de estos avances, persisten importantes desafíos. El conflicto y la inseguridad persistentes en el este de la República Democrática del Congo, donde la incidencia de la mpox sigue siendo alta, así como los recortes en la ayuda humanitaria, siguen limitando la respuesta de salud pública y restringiendo el acceso a servicios esenciales. Entre los países y socios, se necesitan más de 220 millones de dólares para cubrir la falta de financiación para la respuesta a la mpox.

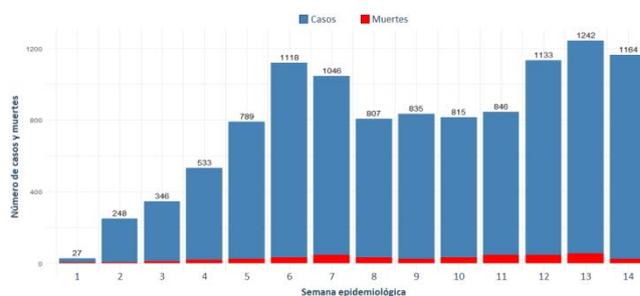
El Plan de Respuesta Continental actualizado exige intensificar los esfuerzos para controlar los brotes, al tiempo que se adoptan acciones concretas para integrar la mpox en los servicios de salud de rutina.

Junto con el Plan de Respuesta Continental para África, la OMS actualizó el plan estratégico mundial para frenar, y cuando sea viable, detener, la transmisión de la mpox entre las personas. En los dos primeros meses de 2025, 60 países notificaron casos de mpox, y la mayoría de los casos y fallecimientos se registraron en el continente africano. El Plan de Respuesta Continental conjunto está alineado con la estrategia mundial.

Los África CDC y la OMS siguen trabajando estrechamente con los gobiernos nacionales, las comunidades locales y los socios para frenar la transmisión, controlar el brote y desarrollar resiliencia a largo plazo dentro de los sistemas de salud pública.

La mpox es una enfermedad viral que se propaga entre personas, principalmente por contacto cercano. Causa lesiones dolorosas en la piel y las mucosas, a menudo acompañadas de fiebre, dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, fatiga e inflamación de los ganglios linfáticos. La enfermedad puede ser debilitante y desfigurante.

El brote de cólera en Angola continúa evolucionando, con un alto número de casos y una mayor expansión geográfica. Desde el 23 de marzo de 2025, el brote se ha extendido a una provincia más, Namibe, lo que eleva el total de provincias afectadas a 17. Durante la semana epidemiológica 14, se notificaron 1.164 nuevos casos y 25 fallecimientos en 12 provincias del país.



Casos y muertes por cólera. Angola. Año 2025, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

El mayor número de casos nuevos se registró en seis provincias: Benguela (382 casos), Cuanza Norte (267), Luanda (253), Bengo (89), Cuanza Sul (45), Malanje (43) e Icolo e Bengo (41), que concentran 96,2% de los nuevos casos. La mayoría de las nuevas muertes se registraron en Luanda (7 muertes), Cuanza Norte (5) y Cuanza Sul (5), que representan 68,0% de las nuevas muertes. Las otras provincias con nuevas muertes fueron Bengo (3 muertes), Icolo e Bengo (3) y Malanje (2). Del 31 de diciembre de 2024 al 6 de abril de 2025, se reportaron 10.949 casos de cólera y 408 fallecimientos (tasa de letalidad de 3,7%) en 17 provincias del país. La mayoría de los casos y muertes se concentran en seis provincias: Luanda (4.685 casos, 170 muertes), Bengo (2.716 casos, 108 muertes), Cuanza Norte (1.102 casos, 45 muertes), Icolo e Bengo (908 casos, 26 muertes), Benguela (907 casos, 34 muertes) y Malanje (215 casos, 11 muertes), que en conjunto representan 96,2% de los casos y 96,6% de las muertes. Los hombres son los más afectados, acumulando 6.031 casos (55,1% del total) y 271 muertes (66,4%).

La mayor proporción de casos se da en menores de 20 años (5.431 casos; 49,6% del total). Los niños de 5 años o menos suman 1.736 casos (15,9%). La mayoría de las muertes se produjeron en menores de 20 años (162 casos; 39,7%). Un total de 128 muertes (31,6%) se produjeron en comunidades, fuera de los centros de salud.

El brote se detectó inicialmente en el municipio de Cacuaco, una zona suburbana densamente poblada de Luanda con más de 1,2 millones de habitantes, antes de extenderse a otras partes del país. Inicialmente concentrado en las provincias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo, el brote está evolucionando geográficamente. Mientras que Luanda, el epicentro inicial, experimentó un descenso constante de casos durante las últimas cuatro semanas epidemiológicas, Bengo e Icolo e Bengo experimentaron una estabilización. Sin embargo, el brote ha cambiado recientemente, con picos significativos reportados en las provincias de Cuanza Norte, Malanje, Benguela, Zaire y Cabinda, que ahora están emergiendo como nuevos epicentros.

Acciones de salud pública

- El Gobierno de Angola continúa coordinando la respuesta al brote con el apoyo técnico y operativo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sus socios en materia de salud, como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Cruz Roja, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África, el Banco Mundial y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos. Estos socios contribuyen en

áreas críticas de respuesta como la vigilancia, la gestión de casos, los servicios de laboratorio, la comunicación de riesgos y la participación comunitaria, la vacunación, la logística y los suministros, así como el suministro de agua, saneamiento e higiene y la prevención y el control de infecciones.

- Una campaña de vacunación oral contra el cólera, realizada del 3 al 7 de febrero de 2025, abarcó a más de 925.000 personas mayores de un año en las provincias de Luanda, Bengo e Icolo e Bengo. El 17 de marzo de 2025 llegaron al país 700.500 dosis adicionales de la vacuna oral contra el cólera Euvichol®-S, con planes para lanzar una campaña de vacunación posterior, centrada en barrios de alto riesgo.
- Como parte de los esfuerzos para fortalecer la vigilancia del cólera, la OMS apoyó la capacitación de más de 20 profesionales de la gestión de datos en Luanda el 20 de marzo de 2025 para mejorar la detección y el mapeo de casos. Además, el Ministerio de Salud publicó un manual actualizado sobre la prevención y el control del cólera, que estandariza las herramientas para la detección temprana y la respuesta. Se están reforzando las actividades de vigilancia en las zonas fronterizas de alto riesgo con los países vecinos Zambia y la República Democrática del Congo para prevenir la transmisión transfronteriza.
- Se han establecido varios Centros de Tratamiento del Cólera y Puntos de Rehidratación Oral en las zonas afectadas para brindar atención clínica a los pacientes. Si bien no es obligatorio realizar pruebas a todos los casos sospechosos, se recolectan sistemáticamente muestras de materia fecal de un subconjunto de casos como parte de la estrategia de muestreo del brote.
- Las iniciativas de comunicación de riesgos y participación comunitaria están en curso, aprovechando a los Agentes de Desarrollo de la Salud Comunitaria para concienciar al público sobre la prevención del cólera, el reconocimiento temprano de los síntomas y la búsqueda temprana de atención médica para reducir la transmisión y las muertes.
- Se están implementando medidas de salud ambiental para mejorar el acceso al agua potable, la higiene y el saneamiento. Estas incluyen el tratamiento regular de las fuentes de agua, la distribución de tabletas Aquatab para la desinfección del agua en los hogares y actividades de saneamiento ambiental en las zonas afectadas.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en Angola sigue siendo un problema importante de salud pública. Aunque se concentra principalmente en seis provincias, el brote se está expandiendo geográficamente, con picos de casos reportados en las zonas recientemente afectadas. La temporada de lluvias en curso en Angola representa un riesgo muy alto para la propagación continua de la enfermedad, debido a la contaminación de las fuentes de agua y la limitada infraestructura de agua, saneamiento e higiene (WASH) en algunas zonas afectadas. A pesar de una ligera reducción, la tasa de letalidad sigue siendo alta, a pesar de los esfuerzos para ampliar las intervenciones de WASH, mejorar la detección y el tratamiento tempranos, y abordar el acceso a la atención médica. El gobierno y sus socios deben acelerar las acciones específicas para controlar el brote. Ampliar las intervenciones de WASH, extender la campaña de vacunación a las zonas de alto riesgo, fortalecer la vigilancia e implementar una participación comunitaria y comunicación de riesgos eficaces son fundamentales para controlar este brote. Además, abordar las barreras al acceso a la atención médica, mejorar la calidad de la gestión de casos y garantizar un tratamiento rápido de los casos siguen siendo cruciales para reducir la alta tasa de letalidad.

Funcionarios de la Agencia Regional de Salud (ARS) de La Réunion informaron que, durante la semana epidemiológica (SE) 14, se confirmaron en la isla 4.913 nuevos casos de fiebre chikungunya. Esto eleva el total del brote de este año a 33.835 casos autóctonos. Se reportaron también cuatro nuevas muertes, lo que eleva el total a seis.

La epidemia de fiebre chikungunya continúa en todos los municipios de la isla. El número de consultas de atención primaria relacionadas con el tratamiento de arbovirosis, así como el número de hospitalizaciones y visitas a urgencias, está disminuyendo ligeramente.

Las autoridades señalaron que en la SE 14, los indicadores relacionados con la fiebre chikungunya en atención primaria y salas de emergencia comenzaron a disminuir; se necesitan dos SE adicionales de observación para confirmar si la epidemia ha superado su pico.

Desde la SE 11, se han notificado 41 casos graves de fiebre chikungunya en personas mayores o bebés que presentaban un cuadro clínico grave que requería internación en cuidados intensivos.

En este contexto epidémico, se instó a los habitantes de la isla de La Réunion a permanecer extremadamente vigilantes y aplicar medidas preventivas esenciales para limitar la propagación del virus.

Sigue siendo esencial protegerse de las picaduras de mosquitos y seguir protegiéndose, incluso cuando está enfermo, para evitar contagiar a quienes lo rodean.

En La Réunion, la campaña de vacunación contra la fiebre chikungunya comenzó el 7 de abril de 2025. De acuerdo con las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria Francesa, la primera fase de la campaña de vacunación dará prioridad a las personas de 65 años o más con comorbilidades o enfermedades crónicas que no hayan contraído previamente la fiebre chikungunya.

La vacunación es administrada, previa prescripción médica, por un médico, una enfermera o un farmacéutico comunitario capacitado en la administración de vacunas.

Salud Pública de Francia monitorea el progreso de la epidemia a través de un sistema de vigilancia basado en varias fuentes, incluyendo informes obligatorios de casos documentados biológicamente, datos de médicos centinela, consultas médicas y visitas a salas de emergencia.

Tras más de tres años de intensas negociaciones, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) dieron un gran paso adelante en sus esfuerzos por lograr un mundo más seguro frente a las pandemias al elaborar un proyecto de acuerdo para su consideración en la próxima Asamblea Mundial de la Salud en mayo. La propuesta busca fortalecer la colaboración mundial en materia de prevención, preparación y respuesta ante futuras amenazas pandémicas.

En diciembre de 2021, en el punto álgido de la pandemia de covid, los Estados Miembros de la OMS establecieron el Órgano de Negociación Intergubernamental (INB) para redactar y negociar una convención, acuerdo u otro instrumento internacional, en virtud de la Constitución de la OMS, para fortalecer la prevención, la preparación y la respuesta ante las pandemias.

Tras 13 rondas formales de reuniones, nueve de las cuales se prolongaron, y numerosas negociaciones informales e intersesionesales sobre diversos aspectos del borrador del acuerdo, el INB finalizó el 16 de abril una propuesta para el Acuerdo de la OMS sobre Pandemias. El resultado de la labor del INB se presentará en la 78ª Asamblea Mundial de la Salud para su consideración.

“Las naciones del mundo hicieron historia hoy en Ginebra”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Al alcanzar el consenso sobre el Acuerdo sobre Pandemias, no solo establecieron un acuerdo generacional para un mundo más seguro, sino que también demostraron que el multilateralismo sigue vigente y que, en nuestro mundo dividido, las naciones aún pueden colaborar para encontrar puntos en común y una respuesta común a las amenazas compartidas. Agradezco a los Estados Miembros de la OMS y a sus equipos negociadores su visión de futuro, compromiso e incansable labor. Esperamos con interés la consideración del acuerdo por parte de la Asamblea Mundial de la Salud y su adopción”.

Las propuestas dentro del texto elaborado por el INB incluyen establecer un sistema de acceso a patógenos y compartir beneficios; tomar medidas concretas para la prevención de pandemias, incluso mediante un enfoque de Una Salud; construir capacidades de investigación y desarrollo geográficamente diversas; facilitar la transferencia de tecnología y conocimientos, habilidades y experiencia relacionados para la producción de productos de salud relacionados con pandemias; movilizar una fuerza laboral nacional y mundial calificada, capacitada y multidisciplinaria para emergencias de salud; establecer un mecanismo financiero de coordinación; tomar medidas concretas para fortalecer la preparación, la disposición y las funciones y la resiliencia del sistema de salud; y establecer una cadena de suministro y una red logística mundial.

La propuesta afirma la soberanía de los países para abordar cuestiones de salud pública dentro de sus fronteras y establece que nada en el proyecto de acuerdo se interpretará como que otorga a la OMS autoridad alguna para dirigir, ordenar, alterar o prescribir leyes o políticas nacionales, o para obligar a los Estados a adoptar medidas específicas, como prohibir o acep-

tar viajeros, imponer mandatos de vacunación o medidas terapéuticas o de diagnóstico, o implementar confinamientos.

La copresidenta del INB, la sudafricana Precious Malebona Matsoso, declaró: “Me llena de satisfacción la unión de países de todas las regiones del mundo en torno a una propuesta para aumentar la equidad y, así, proteger a las generaciones futuras del sufrimiento y las pérdidas que sufrimos durante la pandemia de covid. Las negociaciones, en ocasiones, han sido difíciles y prolongadas. Pero este esfuerzo monumental se ha sustentado en la comprensión compartida de que los virus no respetan fronteras, que nadie está a salvo de las pandemias hasta que todos lo estén, y que la seguridad sanitaria colectiva es una aspiración en la que creemos profundamente y que queremos fortalecer”.

La Embajadora Anne-Claire Amprou, copresidente del INB, dijo que el proyecto de acuerdo es un paso importante en el fortalecimiento de la arquitectura de seguridad sanitaria mundial para que las personas del mundo estén mejor protegidas de la próxima pandemia.

“Al redactar este acuerdo histórico, los países del mundo han demostrado su compromiso compartido de prevenir y proteger a todos, en todas partes, de futuras amenazas de pandemia”, declaró Amprou. “Si bien el compromiso con la prevención mediante el enfoque Una Salud es un gran avance en la protección de las poblaciones, la respuesta será más rápida, eficaz y equitativa. Este es un acuerdo histórico para la seguridad sanitaria, la equidad y la solidaridad internacional”.

El INB se estableció en diciembre de 2021, en una sesión especial de la Asamblea Mundial de la Salud, que reunió a los Estados Miembros y a las partes interesadas pertinentes, como organizaciones internacionales, el sector privado y la sociedad civil. En la Asamblea Mundial de la Salud de junio de 2024, los gobiernos se comprometieron concretamente a concluir las negociaciones de un acuerdo mundial sobre pandemias en el plazo de un año. La próxima Asamblea, que comenzará el 19 de mayo de 2025, examinará la propuesta elaborada por el INB y tomará la decisión final sobre la adopción del instrumento en virtud del artículo 19 de la Constitución de la OMS.

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------