



24 DE FEBRERO
2025
REC 2.908

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
- Situación actual de casos no humanos de influenza aviar de alta patogenicidad
- Buenos Aires: Brote de psitacosis en Villa Maza

AMÉRICA

- Bolivia: Dos casos de infección por arnavirus en el departamento de La Paz

- Brasil: Declararon la emergencia por dengue en el estado de São Paulo
- Colombia: Brote de tuberculosis en un centro penitenciario de Bucaramanga
- Estados Unidos: Texas registra su mayor brote de sarampión en 30 años

EL MUNDO

- África: El resurgimiento del cólera expone las fallas en la financiación
- España: Alertan sobre posibles brotes por una rara cepa del enterovirus C105

- Nigeria: La lucha contra la malaria y la desnutrición infantil en Kano
- Palestina: Continúa la campaña de vacunación masiva contra la poliomielitis en la Franja de Gaza
- Portugal: El archipiélago de Madeira registró dos casos autóctonos de dengue en enero
- Yemen: Dramático aumento en los casos de esquistosomosis y oncocercosis

OPINIÓN

- Preparándose con urgencia para un mundo más tenebroso ante el cierre de la USAID

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

Patrocinador

sadi Sociedad Argentina
de Infectología
WWW.SADI.ORG.AR

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.

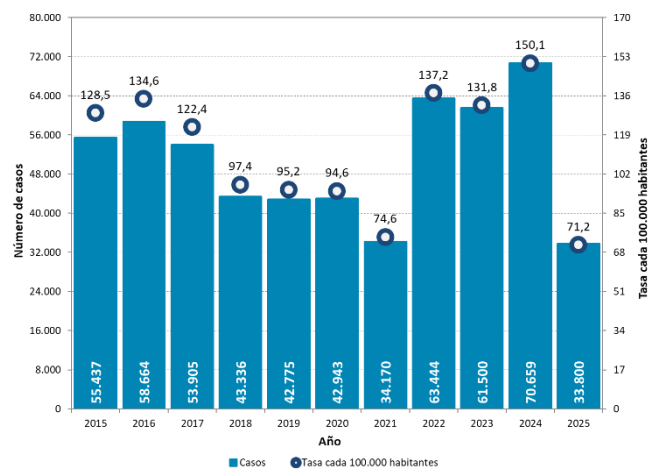
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 5, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 33.800 casos de enfermedad tipo influenza, con una tasa de incidencia acumulada de 71,2 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos del periodo 2015/2025, se observa que el mayor número de casos se registró en 2024 (70.659 casos). El número de casos notificados en 2025 es el menor de todo el periodo analizado.

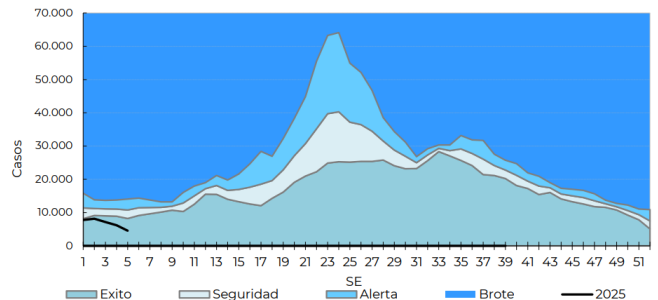
Los casos notificados en 2025, hasta la SE 5, se encuentran dentro de los niveles esperados.

Hasta el 17 de febrero de 2025, se notificaron 189 casos fallecidos con diagnóstico de influenza en el año 2024. En lo que va de 2025, se registran tres fallecidos con este diagnóstico.

Puede consultar el informe completo haciendo clic [aquí](#).



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2025, hasta semana epidemiológica 5. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



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



SITUACIÓN ACTUAL DE CASOS NO HUMANOS DE INFLUENZA AVIAR DE ALTA PATOGENICIDAD

19/02/2025

Ante la confirmación de influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5) en aves de traspatio en la provincia de Chaco, el Ministerio de Salud de Argentina y el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA), emitieron una comunicación con el objetivo de informar a los equipos profesionales de los sectores de la salud humana, animal y ambiental para fortalecer la vigilancia epidemiológica en la población humana y animal, reforzar la identificación de casos sospechosos y su investigación exhaustiva y las medidas de prevención y control de la infección.

Situación actual

El 14 de febrero de 2025 se confirmó la detección del virus de IAAP A(H5) en aves de traspatio en Tres Isletas, departamento Maipú, provincia de Chaco. Las especies afectadas incluyen gallinas, pavos y patos.

En respuesta a esta detección, equipos de profesionales de salud animal y humana nacionales y jurisdiccionales están llevando a cabo la identificación de casos expuestos, la investigación epidemiológica correspondiente y la implementación de las medidas de control necesarias.

Cabe resaltar que la presencia de IAAP en aves de traspatio no compromete el estatus sanitario del país.

Antecedentes

En 2023, Argentina confirmó la introducción del virus de la IAAP del subtipo A(H5N1), lo que provocó brotes tanto en aves silvestres como, en aves de traspatio, aves de granjas comerciales y mamíferos marinos.

El 14 de febrero de 2023, se detectó por primera vez la presencia del virus en el país en aves silvestres, a partir de una notificación en la Laguna de Pozuelos, en el noroeste de la provincia de Jujuy. A partir de entonces y a lo largo del año, se registraron 81 brotes en aves de traspatio, 18 en aves comerciales y ocho en aves silvestres. Con el cierre del último brote en aves de corral, el 7 de agosto de 2024, Argentina recuperó la condición de país libre de la IAAP en aves de corral. Posteriormente, el 10 de agosto de 2023, se confirmó el primer caso de IAAP A(H5) en mamíferos marinos en Argentina, en la costa de Tierra del Fuego, cerca de Río Grande.

A partir de este evento, se identificaron brotes a lo largo de la costa atlántica, afectando a las provincias de Tierra del Fuego, Santa Cruz, Chubut, Río Negro y Buenos Aires.¹

Luego de la implementación del protocolo de vigilancia epidemiológica, prevención y control de la influenza aviar en humanos, se llevó a cabo el seguimiento de 327 casos expuestos y 21 casos sospechosos en el país, todos los cuales fueron descartados por el Laboratorio Nacional de Referencia. Estos esfuerzos de monitoreo y vigilancia fueron posibles gracias a las medidas preventivas y de detección precoz establecidas en el protocolo.

¹ Puede consultarse mayor información sobre las especies afectadas y la distribución de los brotes haciendo clic [aquí](#).

Situación internacional

Desde el año 2020, el virus de la influenza aviar A(H5N1) del clado 2.3.4.4b ha causado una alta mortalidad en aves silvestres y de corral en África, Asia y Europa. Este virus, que actualmente circula en las Américas, proviene de una recombinación en aves silvestres de Europa, y cepas de baja patogenicidad en aves silvestres y domésticas durante su propagación global. En 2021, se propagó hacia América del Norte, y en 2022 a América Central y del Sur, con brotes reportados en 14 países para 2023. Además, desde 2022, 19 países han notificado brotes en mamíferos, tanto salvajes como domésticos. Aunque los reportes de transmisión entre mamíferos son escasos, los casos recientes de contagio en ganado lechero en Estados Unidos, junto con las muertes masivas en mamíferos marinos y las infecciones en granjas de visones y zorros en Europa, sugieren la posibilidad de transmisión entre mamíferos, lo cual requiere más estudios para ser confirmado. Desde 2003, a nivel mundial, se han confirmado 954 casos humanos de A(H5N1), con una letalidad de 48,6%.

Situación regional

Entre 2022 y 2024, se notificaron 4.388 brotes de influenza aviar A(H5N1) en animales en 19 países y territorios de la Región de las Américas. Estos brotes han afectado tanto a mamíferos domésticos y silvestres como a aves en varios países, incluidos Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colombia y Estados Unidos, entre otros. Además, en este periodo se han reportado 71 casos de infección humana por influenza A(H5), principalmente en Canadá y Estados Unidos, con 54 casos registrados entre octubre de 2024 y enero de 2025. En Canadá, se confirmó un caso humano en noviembre de 2024, asociado con un brote en aves de corral y con mutaciones genéticas vinculadas a una mayor replicación en mamíferos. En Estados Unidos, se han notificado 68 casos humanos, la mayoría relacionados con la exposición a ganado lechero y aves de corral. A pesar del incremento en los casos y la vigilancia epidemiológica reforzada, no se ha confirmado transmisión de persona a persona del virus A(H5N1). Desde marzo de 2024, se han intensificado los esfuerzos de vigilancia, con más de 13.400 personas monitoreadas por exposición a animales infectados y más de 600 estudiadas para detectar la infección.

La influenza aviar es una enfermedad viral de distribución mundial altamente contagiosa que afecta a aves de corral y silvestres, causada por subtipos de influenza A, como A(H5N1), A(H5N3) y A(H5N8). Las aves acuáticas silvestres son reservorios importantes del virus, y las aves de corral pueden infectarse por contacto con aves silvestres. En los últimos años, se ha observado un aumento de detección del virus A(H5N1) en mamíferos terrestres y marinos, tanto salvajes como domésticos. Aunque las infecciones humanas son raras, ocurren principalmente tras el contacto directo con animales infectados o sus entornos contaminados. No se ha registrado transmisión sostenida entre personas, pero debido a la capacidad del virus para evolucionar, es fundamental el monitoreo de la infección en humanos expuestos. La enfermedad puede presentar síntomas leves o graves, como fiebre, tos, mialgias, y en casos más severos, neumonía y compromiso multiorgánico.

Se emitió una alerta epidemiológica ante un brote de psitacosis en la localidad de Villa Maza, partido de Adolfo Alsina, provincia de Buenos Aires. La situación fue confirmada por la veterinaria Claudia Duckardt, luego que dos personas fueran diagnosticadas con la enfermedad tras haber estado en contacto con cotorras adquiridas en Trenque Lauquen.

La psitacosis es una enfermedad infecciosa aguda causada por la bacteria *Chlamydophila psittaci*, presente en los excrementos de aves infectadas. Se transmite a los humanos mediante la inhalación de partículas contaminadas provenientes de secreciones oculares, excrementos secos, secreciones respiratorias y polvo de plumas de aves como loros, cotorras, papagayos, canarios, jilgueros y palomas.

Los casos reportados en Villa Maza corresponden a dos hermanos que presentaron fiebre alta y síntomas respiratorios. Tras realizarse estudios médicos, se confirmó que uno de ellos desarrolló neumonía, mientras que el otro comenzó a manifestar síntomas similares pocos días después. Ante la sospecha de psitacosis, se enviaron muestras al Hospital Interzonal de Agudos 'Dr. José Penna', donde se confirmó la presencia de *C. psittaci* en ambos pacientes. Actualmente, los afectados se encuentran fuera de peligro, pero continúan bajo seguimiento médico.

Las autoridades sanitarias también iniciaron estudios sobre las aves involucradas, las cuales serán analizadas por Zoonosis Urbanas para confirmar si portan la bacteria.



Villa Maza se encuentra en la provincia de Buenos Aires y pertenece al partido de Adolfo Alsina. La localidad se encuentra a 70 km al nor-noroeste de la ciudad de Carhué, cabecera del partido.

El jefe de Epidemiología e Investigación del Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, Javier Mamani Acarapi, informó que en lo que va del año 2025 se reportaron dos casos de infección por arenavirus en el departamento; los pacientes son una niña de siete años y un hombre de 44 años.

“Esta enfermedad transmitida por roedores, ha causado una infinidad de dificultades en 2024. Hasta la mitad del mes de febrero de 2025 debemos indicar que se detectaron dos casos confirmados de infección por arenavirus”, señaló el experto.

Detalló que el primer paciente es una niña de siete años, cuya evolución fue favorable y actualmente se encuentra en su domicilio, retomó sus actividades escolares y ya ha superado todo factor de riesgo.

El segundo caso, un adulto de 44 años, también se recupera gracias al manejo multidisciplinario. Se encuentra con una evolución estacionaria a favorable. Los especialistas están haciendo un seguimiento constante.

Destacó que, gracias a los casos atendidos, los expertos aprendieron más sobre algunos tratamientos. “En la gestión 2024 tuvimos una letalidad muy elevada, llegando a 80%, y para la gestión 2025 ya se registran dos casos, pero una tasa de letalidad cero significa un gran avance para la Unidad de Epidemiología”, manifestó, al tiempo que recordó que en la pasada gestión se notificaron cinco casos, de los cuales cuatro fallecieron y uno se encuentra vivo.

Los virus del género *Arenavirus* de la familia *Arenaviridae* son virus zoonóticos asociados generalmente a enfermedades transmitidas por roedores en humanos. Entre los 21 *Arenavirus* del Nuevo Mundo conocidos, cinco se han vinculado con fiebres hemorrágicas en humanos y dos de ellos en Bolivia: Machupo y Chapare. La transmisión a los seres humanos se produce principalmente por inhalación de aerosoles de partículas finas provenientes de excrementos o saliva de roedores que contienen el virus. Algunos *Arenavirus* están asociados con la transmisión de persona a persona en entornos comunitarios y/o sanitarios. Esto ocurre ante el contacto directo o indirecto con sangre y otros fluidos corporales de personas infectadas.

Las manifestaciones clínicas de las fiebres hemorrágicas por *Arenavirus* de América del Sur son enfermedades febriles virales agudas que duran de 6 a 14 días. Inician gradualmente con malestar general, cefalea, dolor retroorbitario, hiperemia conjuntival y fiebre moderada pero sostenida, seguida de signos y síntomas del aparato digestivo. Puede haber petequias y equimosis, acompañadas de eritema en cara, cuello y parte superior del tórax. En los casos graves, son características la leucopenia y la trombocitopenia progresivas. Los síntomas se resuelven de 10 a 15 días después del inicio de la enfermedad en los pacientes que sobreviven. En los casos documentados, el período de incubación en general es de 6 a 14 días, sin embargo, puede variar entre 5 y 21 días.

El Gobierno de São Paulo declaró el 19 de febrero el estado de emergencia de salud pública en el estado debido a la epidemia de dengue. La medida fue anunciada por el secretario de Estado de Salud, Eleuses Vieira de Paiva, durante una reunión del Centro de Operaciones de Emergencia para arbovirosis, en la capital paulista.

Vieira de Paiva también anunció un aumento en el financiamiento para las hospitalizaciones de pacientes con dengue.



“Una vez más, el Estado toma el liderazgo en el combate a la enfermedad. El objetivo es garantizar que cada municipio cuente con la infraestructura necesaria para adoptar las medidas adecuadas en el momento adecuado. Los refuerzos anunciados son para garantizar que los pacientes reciban la asistencia necesaria y que los municipios actúen adecuadamente para combatir las arbovirosis”, destacó el secretario.

Según la Secretaría de Estado de Salud (SES), 225 municipios de São Paulo ya alcanzaron más de 300 casos de dengue cada 100.000 habitantes. El decreto facilita el acceso de las ciudades a recursos federales y estatales. Cada administración municipal, con base en el análisis de su escenario epidemiológico, podrá utilizar la medida estatal para declarar el estado de emergencia a nivel local.

La directora del Centro de Vigilancia Epidemiológica (CVE) del SES, Tatiana Lang D'Agostini, destacó la importancia del monitoreo y control continuo de los criaderos. “La concienciación es la medida más eficaz para combatir la enfermedad. Y las campañas juegan un papel fundamental en la concientización de la población y el fortalecimiento de la lucha contra las arbovirosis”.

Refuerzo de equipos

Otra medida anunciada por la Secretaría de Estado fue la inversión de 520.000 dólares en la adquisición de 100 nuevos equipos portátiles de nebulización y 10 equipos más de nebulización ambiental. En total, el Gobierno de São Paulo suministra 730 máquinas portátiles y 55 máquinas pesadas para combatir el mosquito transmisor del dengue.

Medicamentos

Ante el escenario epidemiológico, la SES también invirtió en la adquisición de medicamentos, como sales de rehidratación oral, solución salina y antipiréticos para el tratamiento de los pacientes. El Ministerio reforzó el stock con 32 millones de estos artículos para apoyar a los municipios que enfrentan dificultades en el abastecimiento de las unidades de salud.

Vacunación

El Instituto Butantan desarrolla la primera vacuna monodosis contra el dengue del mundo, lo que coloca a São Paulo y Brasil a la vanguardia. Los estudios sobre la vacuna candidata comenzaron en 2016 y finalizarán en junio de 2024. Los resultados indican que la vacuna Butantan redujo el riesgo de enfermar a consecuencia del virus Dengue en 79,6%. Además, redujo el riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad en 89%.

“El Instituto Butantan trabaja desde hace décadas en el desarrollo de una vacuna contra el dengue y está ultimando los pasos para presentarla nuevamente para su evaluación. Se trata de una vacuna de dosis única, imprescindible para prevenir la enfermedad. Con el apoyo del Gobierno del Estado, Butantan avanza en la producción, incluso frente a los desafíos”, afirmó el director del Instituto Butantan, Éspér Georges Kallás.

La vacuna es tetravalente, lo que significa que protege contra los cuatro serotipos del dengue, incluido el DENV-3, que recientemente ha vuelto a circular en el estado. Además, es también la vacuna contra el dengue que cubre el rango de edad más amplio. En diciembre de 2024, el Instituto Butantan entregó el último paquete de información a la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) y, ahora, las dos instituciones están en proceso de completar la información para el registro y autorización de uso de la vacuna por parte de la ANVISA.

Acciones integradas

En enero de este año, el Gobierno de São Paulo anunció la creación del Centro de Operaciones de Emergencia (COE) para combatir el *Aedes aegypti* y el adelanto de 40 millones de dólares del Incentivo a la Gestión Municipal a los 645 municipios del Estado.

En el mismo mes, el Gobierno de São Paulo presentó el Plan de Contingencia de Arbovirus Urbanos 2025/2026, con las estrategias, acciones y recomendaciones para el [combate al dengue](#), la fiebre chikungunya y la fiebre zika en la Sala de Situación instalada por el Ministerio, reforzando el papel de la vigilancia y el control, además de ampliar la red de asistencia.

La SES capacitó al personal de salud de 645 municipios mediante cursos en línea y capacitaciones sobre manejo clínico, organización de servicios y atención de arbovirosis.

El objetivo es reducir la incidencia y mortalidad por enfermedades y coordinar la respuesta estatal de manera integrada en todos los niveles de atención de la salud.

El plan considera escenarios de movilización y alerta regional, según el número de casos sospechosos y confirmados en periodos de cuatro semanas consecutivas.

El área de Vigilancia Epidemiológica alertó sobre la prevalencia del serotipo DENV-3 circulante en el Estado, identificada por las 71 unidades centinela que monitorean la circulación del virus Dengue, de los cuatro tipos, en todo el estado de São Paulo. El serotipo DENV-3 presentó baja prevalencia en 2016 y 2017, y fue reintroducido en el estado de São Paulo en 2023, identificado mediante el monitoreo de unidades centinela para arbovirus.

Movilización y transparencia

Desarrollados por la Coordinación de Control de Enfermedades (CCD) de la SES, los nuevos paneles aumentan la transparencia en la consulta de casos de dengue y fiebre chikungunya en el Estado, a través de su [portal](#).

Los datos están disponibles para todos los usuarios y se actualizan en tiempo real, mostrando cifras detalladas de casos. También permite una consulta rápida y práctica, con opciones de filtro por municipio y región.

Un brote de casos de tuberculosis en la Cárcel y Penitenciaría de Media Seguridad de Bucaramanga generó gran preocupación entre las autoridades, familiares de los internos y los trabajadores del centro penitenciario. Según un informe del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), el número de casos pasó de 64 a 79 en las últimas horas, lo que motivó la implementación de medidas preventivas para frenar la propagación de la enfermedad.



A pesar de albergar a 2.131 internos, solo 300 fueron sometidos a pruebas para detectar la enfermedad, lo que equivale a menos de 15% de la población total del penal. La falta de tamizaje generalizado genera preocupación entre los defensores de derechos humanos y el personal penitenciario.

El hacinamiento en la cárcel de Bucaramanga es uno de los factores que agravan la crisis sanitaria. La superpoblación alcanzó un 947% de ocupación, una cifra alarmante que favorece la rápida transmisión de enfermedades infecciosas como la tuberculosis.

La situación obligó a las autoridades penitenciarias a adoptar medidas restrictivas para evitar una mayor propagación del brote. Las autoridades del INPEC decidieron restringir las visitas durante los fines de semana, una medida enfocada en evitar el contacto entre los internos y el exterior, buscando reducir el riesgo de nuevos contagios. Además, se han establecido otras restricciones, como la prohibición de visitas a menores de 12 años, adultos mayores y mujeres embarazadas. También se suspendió el traslado de internos entre cárceles por 15 días.

Como parte del protocolo de contención, los internos diagnosticados han sido aislados de la población general. Sin embargo, la alta densidad de personas en los pabellones hace que el control de la enfermedad sea un desafío.

El aumento de contagios en la cárcel de Bucaramanga encendió las alarmas sobre la necesidad de mejorar las condiciones de salud y el control epidemiológico en los centros penitenciarios de la región.

Las autoridades locales deberán evaluar nuevas estrategias para contener la propagación de la tuberculosis y evitar que la situación se salga de control.

El número de casos de sarampión en el oeste de Texas va en aumento, con al menos 58 infecciones reportadas, en lo que ya es el mayor brote de la enfermedad en el estado en los últimos 30 años.

El Departamento de Servicios de Salud del Estado (DSHS) reportó que, de los 58 casos que se conocen, 13 han sido hospitalizados y solo cuatro estaban vacunados contra la enfermedad, altamente contagiosa y considerada erradicada de Estados Unidos desde el año 2000.

Sin embargo, las autoridades sanitarias creen que el número real de casos es mayor: entre 200 y 300 contagios.

Los primeros casos de este brote, que empezaron a ser reportados en enero, tuvieron lugar en el condado de Gaines, una región con una tasa particularmente baja de vacunación. Desde entonces, la enfermedad se ha propagado a por lo menos cuatro condados contiguos.

Según datos del DSHS, los 58 casos registrados corresponden a los condados de Gaines (45 casos), Terry (9), Yoakum (2), Lynn (1) y Lubbock (1).

De los 58 casos, 33 eran personas de entre 5 y 17 años, mientras que los 25 restantes eran menores de 5 años.

En el año escolar 2023/2024, un 18% de los menores en edad pre-escolar en el estado no fueron vacunados, según datos recopilados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La región afectada es conocida por ser hogar de la comunidad menonita, un grupo religioso cristiano de origen anabaptista.

El brote de sarampión se da en medio de un resurgimiento del movimiento anti-vacunas en la política estatal, con más de 20 proyectos de ley actualmente en consideración para suavizar las regulaciones sobre las vacunas y la vacunación.

El 14 de febrero, funcionarios de New México declararon un brote en el condado de Lea, colindante con el condado de Gaines. Tres residentes dieron positivo a sarampión durante la semana pasada, lo que eleva el total a nueve.

Seis de los ocho infectados no estaban vacunados. Cuatro de los infectados son menores de 18 años y no están vacunados, mientras que los otros cinco son adultos, también sin vacunar o con un estado de vacunación desconocido.

La información de los (CDC) hasta el 6 de febrero indicaba que cinco estados del país registraban casos de sarampión: Alaska, Georgia, New York, Rhode Island y Texas. El último episodio importante de sarampión en Estados Unidos ocurrió hace seis años, cuando 22 brotes condujeron a 1.249 casos entre el 1 de enero y el 1 de octubre.

Según los CDC, el brote de 2019 fue el mayor en un solo año desde 1992, ocho años antes de que el sarampión fuera declarado eliminado en Estados Unidos.

El cambio climático y los conflictos están alimentando un resurgimiento del cólera en África, y el progreso hacia su eliminación se ve socavado por la falta crónica de financiación, según un nuevo [análisis](#).

En 2024, se notificaron más de 175.000 casos de cólera y 2.700 muertes en países del sur y este de África, lo que lo convierte en el brote de cólera más mortal en esa región en la última década.



Los números de casos fueron más altos en la República Democrática del Congo, Etiopía, Somalia, Zambia y Zimbabwe, impulsados por la escasez de agua, problemas de infraestructura, inundaciones recurrentes y conflictos, dijo la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA).

En lo que va del año, 14 países han notificado brotes activos de cólera, incluido un nuevo brote en Angola y un resurgimiento de casos en Uganda y Zambia.

Mejorar la infraestructura de agua, saneamiento e higiene es fundamental para frenar el cólera, que se propaga principalmente a través del agua contaminada y de prácticas sanitarias deficientes. Pero los avances en esta cuestión crítica han sido insuficientes.

El estudio evaluó la implementación del marco regional 2018-2030 para la prevención y el control del cólera por parte de la Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se concluyó que cinco años después de iniciada la iniciativa, el progreso regional general se situó en apenas 53%, muy por debajo de lo que se necesita para cumplir el objetivo de la Organización de Naciones Unidas de eliminar el cólera para 2030.

El cólera persiste en África debido a varios desafíos interconectados: el desarrollo insuficiente de la infraestructura WASH (agua, saneamiento e higiene), las brechas persistentes de financiación y los sistemas de salud débiles han obstaculizado los esfuerzos.

El control del cólera rara vez se prioriza fuera de las respuestas de emergencia, lo que dificulta su eliminación a largo plazo.

Para cambiar esto, se recomienda establecer un Fondo Africano para el Cólera bajo la Unión Africana y la Oficina Regional para África de la OMS para financiar iniciativas sostenibles de prevención y respuesta al cólera.



Niños leyendo folletos sobre prevención del cólera que advierten sobre los peligros de esta enfermedad y cómo prevenirla.

El resurgimiento del cólera

Veintinueve de los 47 países de la región africana de la OMS están clasificados como endémicos de cólera y son los principales objetivos de eliminación.

Sin embargo, el reciente resurgimiento de brotes de cólera se ha extendido más allá de estos focos tradicionales, exponiendo también debilidades en países no endémicos.

El lento progreso en la implementación del marco regional para la prevención del cólera podría explicar la recurrencia de brotes tanto en países endémicos como no endémicos.

Etiopía ha demostrado el mayor progreso (76%) en la implementación del marco, mientras que países como Mauritania y Sudáfrica quedan significativamente rezagados (19%).

Se han experimentado mejoras en algunas áreas, como el mapeo de puntos críticos, la vigilancia y la capacidad de respuesta rápida.

Pero el progreso sigue siendo lento en áreas críticas como la infraestructura WASH y la financiación sostenible para el control del cólera.

Solo 31% de los países africanos han implementado intervenciones de calidad del agua, lo que deja a millones de personas vulnerables a fuentes de agua inseguras.

Mientras tanto, sólo 16% de los países han financiado completamente sus Planes Nacionales contra el Cólera, y la mayoría depende del apoyo de los donantes.

Clima y conflicto

Estas intervenciones son aún más vitales en un momento en que el cambio climático provoca fenómenos meteorológicos extremos, como inundaciones, que contaminan los suministros de agua. En varios países, los conflictos también están aumentando la propagación del cólera, obligando a la gente a vivir en campamentos superpoblados y con malas condiciones sanitarias.

El cambio climático no causa directamente el cólera, pero empeora los brotes al alterar las fuentes de agua y limitar el acceso al agua potable.

El control del cólera debería integrarse en programas a largo plazo, como los de erradicación de la poliomielitis y la malaria. La ampliación de los programas de vacunación y el apoyo a la producción local de vacunas también son parte de la solución, junto con la inversión en la infraestructura WASH.

En Ghana, solo una cuarta parte de los hogares tienen acceso a instalaciones sanitarias de uso exclusivo. Es necesario abordar la falta de saneamiento e higiene a nivel comunitario para romper el ciclo de transmisión del cólera.

Un reciente [estudio](#) informa sobre la detección del enterovirus C105 (EV-C105), un virus poco conocido que recientemente se ha relacionado con enfermedades respiratorias y potencialmente neurológicas en niños. Sus hallazgos indican que se trata de una cepa viral emergente que podría plantear riesgos inesperados para la salud.

Los virus de la familia de los enterovirus suelen ser agentes etiológicos de diversas enfermedades, que van desde resfríos leves hasta enfermedades neurológicas graves. Si bien la mayoría de las infecciones por enterovirus provocan problemas respiratorios breves, algunas pueden provocar complicaciones peligrosas, en particular en los niños. El poliovirus, por ejemplo, fue en su día una gran amenaza mundial que causaba parálisis antes de que las campañas de vacunación generalizadas lo controlaran.

Los enterovirus no poliomielíticos también han causado ocasionalmente brotes graves, como el enterovirus D68, que se ha relacionado con la parálisis flácida aguda. Los tipos de enterovirus C, aunque menos conocidos, atraen cada vez más la atención científica debido a su comportamiento impredecible y su diversidad genética. Variantes raras como EV-C105 han surgido esporádicamente en todo el mundo desde su descubrimiento en 2010, a menudo vinculadas a enfermedades respiratorias, pero su papel confirmado como causa de enfermedades neurológicas graves sigue siendo incierto.

El estudio actual formó parte del Programa Nacional de Vigilancia de Enterovirus no Poliomielíticos de España, que recoge muestras de hospitales de todo el país. Entre 2019 y 2024, se enviaron cerca de 2.443 muestras que dieron positivo para enterovirus para su análisis genético detallado. Estas muestras se obtuvieron de pacientes que presentaban una variedad de síntomas, incluidos problemas respiratorios, meningitis y otras afecciones neurológicas.

Las muestras de los pacientes afectados se analizaron mediante paneles de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) diseñados para detectar virus respiratorios y pruebas específicas para enterovirus. El material genético viral se estudió más a fondo mediante técnicas de secuenciación y metagenómica, lo que permitió mapear el genoma completo del virus.

Una vez identificado el virus, se compararon sus características genéticas con cepas conocidas en todo el mundo. Se prestó especial atención a la región VP1 de la proteína de la envoltura viral, una parte del virus que es clave para su capacidad de infectar células y evadir las defensas inmunitarias. Los análisis filogenéticos avanzados revelaron que EV-C105 no había experimentado eventos de recombinación significativos, lo que indica que las nuevas cepas emergentes evolucionaron de forma independiente.

Además, se buscaron eventos de recombinación genética para entender cómo se propaga y evoluciona el virus, lo que ocurre cuando los virus intercambian material genético. También se compararon las cepas recién identificadas con muestras anteriores de EV-C105 almacenadas en bases de datos genéticas públicas.

Principales hallazgos

Los resultados mostraron que el EV-C105, una especie poco frecuente, había aparecido recientemente en España y estaba relacionado con enfermedades respiratorias y posiblemente neurológicas en niños. El análisis genético reveló que cuatro de las cinco cepas del virus detectadas

pertenecían a un subgrupo recientemente identificado, el clado C1, que presentaba mutaciones distintivas en regiones clave que podrían alterar la capacidad del virus para propagarse y evadir la inmunidad.

Entre los cinco pacientes infectados, tres presentaron síntomas respiratorios como tos y fiebre, mientras que dos desarrollaron afecciones neurológicas graves. A un niño se le diagnosticó meningitis y otro sufrió parálisis flácida aguda, una afección poco frecuente pero grave que puede causar debilidad muscular permanente. Ambos casos neurológicos requirieron tratamiento prolongado en unidades de cuidados intensivos.

La comparación genética mostró que las cepas C1 detectadas en España coincidían estrechamente con las identificadas en Italia en 2023, lo que sugiere una posible conexión entre los casos en España e Italia en lugar de una transmisión internacional confirmada. Las diferencias genéticas del virus con respecto a cepas más antiguas, en particular los cambios en la proteína VP1, también suscitaron inquietudes sobre una mayor transmisibilidad o evasión inmunológica.

Es importante destacar que el virus solo se detectó en muestras respiratorias, incluso en pacientes con síntomas neurológicos. Esto plantea un desafío diagnóstico, ya que el EV-C105 puede no siempre aparecer en el líquido cefalorraquídeo, lo que hace que los métodos de prueba tradicionales sean insuficientes para los casos graves. Se han observado desafíos de detección similares con otros enterovirus neurotrópicos, como el EV-D68 y el poliovirus.

Si bien el estudio aportó información importante, también tuvo limitaciones. El pequeño número de casos detectados impidió una comprensión completa de la prevalencia real del virus. Además, la ausencia de muestras de líquido cefalorraquídeo significa que no se puede confirmar un vínculo causal directo entre el EV-C105 y la enfermedad neurológica.

El estudio sugirió que el EV-C105, especialmente el emergente clado C1, podría representar un problema de salud en evolución. Los hallazgos también indican un cambio en el predominio viral, ya que el clado C1 parece estar reemplazando a cepas más antiguas como C2, un patrón observado en otros enterovirus vinculados a brotes. Además, es necesario mejorar la vigilancia y las prácticas de diagnóstico para controlar el virus y prevenir posibles brotes de enfermedades graves, en particular en niños.

En resumen, aunque los casos siguen siendo poco frecuentes, su asociación con enfermedades respiratorias y posiblemente neurológicas plantea inquietudes. La aparición de un clado genéticamente distinto destacó la amenaza potencial del virus. La detección de enfermedades graves en niños enfatizó la necesidad de una mayor vigilancia clínica y una mejor vigilancia viral.

Zuwaira Muhammad, de 26 años, está sentada en una cama de hospital en el Centro de Alimentación Terapéutica para Pacientes Hospitalizados (ITFC) del Centro de Atención Primaria de Salud Ungwa Uku en Kano, Nigeria.

En este lugar, Médicos Sin Fronteras (MSF) ofrece un tratamiento crítico a niños con desnutrición. A un lado de Zuwaira, están sus gemelos de 10 meses: Safwan, un niño, que duerme pacíficamente a su derecha; y Safuna, una niña que está acostada sobre su lado izquierdo, mientras recibe una transfusión de sangre.



Un enfermero de Médicos Sin Fronteras se prepara para tomar los signos vitales de un niño en cuidados intensivos de Ungwa Uku, en donde la organización trata la desnutrición infantil en Kano, Nigeria.

Safuna es una de los más de 40.000 menores que hemos tratado por desnutrición en Kano durante 2024. Los niños que son llevados a las instalaciones que MSF apoya llegan principalmente debido a la desnutrición, pero al examinarlos, se detecta que la mayoría también sufre malaria.

De enero a mayo de 2024, aproximadamente 9.000 de los 14.000 menores diagnosticados con desnutrición dieron positivo en las pruebas de detección de malaria. La malaria y la desnutrición tienen una relación compleja: la desnutrición aumenta el riesgo de malaria y la malaria aumenta el riesgo de desnutrición. Esta relación puede dar lugar a un ciclo de desnutrición y malaria que puede ser especialmente perjudicial para los menores de cinco años.

“La malaria puede reducir el apetito y dificultar la absorción de nutrientes por parte del cuerpo, causando desnutrición. Por el contrario, la desnutrición puede debilitar el sistema inmunitario, haciendo que los niños sean más susceptibles a infecciones como la malaria”, explicó el Dr. Yanu Mbuyi, coordinador médico de MSF en el país.

La malaria es una de las principales causas de muerte en Nigeria. Según el Informe mundial sobre la malaria de 2024 de la Organización Mundial de la Salud, en Nigeria se presenta 26% de los casos de malaria a nivel mundial. Se estima que el estado de Kano contribuyó con 9% de los 68 millones de casos de malaria de Nigeria en 2021 y 30% de las hospitalizaciones del país se deben a la malaria.

Los equipos de MSF en Kano han observado un preocupante aumento del número de niños que sufren desnutrición, como lo demuestra el aumento de hospitalizaciones. En 2022, trataron a 7.798 menores por desnutrición; esa cifra aumentó a 23.800 en 2023 y a 46.304 en 2024.

“En 2024 tuvimos un doble pico de malaria y desnutrición. Hubo 36.546 casos confirmados de malaria, y es la cifra más alta registrada desde que empezamos a trabajar en Kano”, afirmó el Dr. Hemmed M. Lokonge, coordinador del proyecto de MSF en Nigeria.

En respuesta a las crecientes tasas de desnutrición, MSF amplió sus operaciones abriendo centros de tratamiento ambulatorio adicionales en Kumbotso y Rijiyar Lemo, además del ya establecido en Unguwa Uku. Durante la crisis de desnutrición, el centro de hospitalización con capacidad de 75 camas de Unguwa Uku alcanzó su capacidad máxima, lo que motivó la apertura de un centro adicional de 90 camas en el Hospital de Especialidades Murtala Mohammed. Este se llenó en tan solo dos horas.



Zuwaira Mohammed y sus bebés que sufren desnutrición en Nigeria y fueron atendidos por Médicos Sin Fronteras.

“Safuna se siente mejor ahora que cuando la traje aquí hace unos días”, dijo Muhammad, que viajó más de 40 kilómetros desde Wudil para acceder a los servicios de MSF. “Estaba débil y apenas podía moverse, pero ahora tiene más energía e incluso puede reír”.

Las actividades de MSF en Kano, que comenzaron como respuesta a la pandemia de covid, evolucionaron para incluir el apoyo ambulatorio general y la respuesta a la creciente crisis de desnutrición. Actualmente MSF es la única organización que brinda servicios de alimentación terapéutica para pacientes hospitalizados en Kano, hay pacientes que vienen de 37 de las 44 áreas de gobierno local del estado, así como de estados vecinos.

Desde 2022, MSF ha expresado constantemente su preocupación por el creciente número de menores hospitalizados por desnutrición en sus instalaciones en el norte de Nigeria. En 2024, los equipos de la ONG trataron a más de 357.000 niños con desnutrición en las instalaciones donde trabaja en el norte del país. Constituye un aumento de 35% en comparación con los 265.500 niños tratados en 2023. Entre los menores tratados en 2024, 75.000 requirieron hospitalización y 282.000 recibieron tratamiento ambulatorio.

En 2024, el aumento de los casos de desnutrición comenzó en marzo, mucho antes de la temporada alta habitual en julio. Se extendió hasta noviembre, un momento en el que normalmente se espera que los casos disminuyan. Esta situación nos hace temer que este 2025 la crisis de desnutrición sea más grave y pueda superar la de años anteriores.

La persistente crisis de desnutrición en el norte de Nigeria se debe a diversos factores; entre ellos la inflación, la inseguridad alimentaria, la infraestructura médica insuficiente, los problemas de seguridad persistentes y los brotes de enfermedades agravados por la baja cobertura de vacunación.

Para hacer frente a los casos de desnutrición aguda en el norte de Nigeria se necesita un enfoque multifacético. Entre las medidas inmediatas están el fortalecimiento de los centros médicos para diagnosticar y tratar la desnutrición. También es necesario reforzar los programas de vacunación, mejorar el acceso a alimentos nutritivos, mejorar el agua y el saneamiento y la sensibilización sobre la enfermedad.

Actualmente, MSF está gestionando clínicas ambulatorias en solo tres áreas de gobierno local del estado de Kano: Tarauni, Fagge y Kumbotso. Esta cobertura geográfica limitada es significativa, considerando que el estado de Kano está compuesto por 44 áreas de gobierno local. Esto pone de relieve la cantidad insuficiente de clínicas disponibles para atender al gran volumen de niños que sufren desnutrición.

MSF aboga por establecer centros de alimentación ambulatoria en todas las áreas de gobierno local de Kano para mejorar la gestión comunitaria de la desnutrición y reducir los casos graves. En 2025, las actividades de promoción de la salud se enfocarán en la educación comunitaria, empoderando a las familias para que reconozcan los primeros signos de desnutrición y los aborden antes de que sea necesaria la hospitalización.

Es vital que las autoridades médicas, las organizaciones internacionales y los donantes intensifiquen sus esfuerzos para abordar la creciente crisis de desnutrición en Kano y en todo el noroeste de Nigeria, una región que actualmente carece de una respuesta humanitaria suficiente. Así se podrán evitar más muertes en 2025.



Un enfermero de Médicos Sin Fronteras atiende a unos niños con malaria y desnutrición en Nigeria.

La respuesta de emergencia al brote de poliomielitis en la Franja de Gaza continúa, con una campaña de vacunación masiva programada del 22 al 26 de febrero de 2025. La nueva vacuna oral contra el poliovirus tipo 2 (nOPV2) se administrará a más de 591.000 niños menores de 10 años para protegerlos de la enfermedad. Esta campaña se produce tras la reciente detección de poliovirus en muestras de aguas residuales en Gaza, lo que indica que sigue circulando en el ambiente, poniendo en riesgo a los niños.



Los grupos de personas con inmunidad baja o nula brindan al virus la oportunidad de seguir propagándose y potencialmente causar enfermedades. La situación actual en Gaza, que incluye el hacinamiento en los refugios y las infraestructuras de agua, saneamiento e higiene gravemente dañadas, que facilitan la transmisión fecal-oral, crean condiciones ideales para una mayor propagación del poliovirus. Es probable que el masivo movimiento de población como consecuencia del actual alto el fuego agrave la propagación de la infección por poliovirus.

En septiembre y octubre de 2024 se llevaron a cabo con éxito dos rondas de vacunación en la Franja de Gaza, en las que se alcanzó más de 95% de la población objetivo. Como se ha descubierto que el poliovirus sigue presente en el ambiente, se necesitan más esfuerzos de vacunación para llegar a todos los niños y fortalecer la inmunidad de la población. La presencia del virus sigue planteando un riesgo para los niños con inmunidad baja o nula, en Gaza y en toda la región.

En 2024, los trabajadores de la salud se enfrentaron a importantes dificultades para acceder a determinadas zonas del centro, norte y sur de Gaza, que requirieron una coordinación especial para entrar durante el conflicto. En zonas inaccesibles como Jabalia, Beit Lahiya y Beit Hanoun, donde no se garantizaron pausas humanitarias para la campaña de vacunación, aproximadamente 7.000 niños no fueron vacunados durante la segunda ronda. El reciente alto el fuego significa que los trabajadores de la salud tienen ahora un acceso considerablemente mejor.

No se han registrado más casos de poliomielitis desde que un niño de diez meses quedó paralizado en agosto de 2024, pero las nuevas muestras ambientales de Deir al-Balah y Khan Younis, recogidas en diciembre de 2024 y enero de 2025, confirman la transmisión del poliovirus. La cepa detectada está genéticamente vinculada al poliovirus detectado en la Franja de Gaza en julio de 2024.

La próxima campaña de vacunación tiene como objetivo llegar a todos los niños menores de 10 años, incluidos aquellos que no habían sido vacunados anteriormente, para cerrar las brechas de inmunidad y poner fin al brote. El uso de la nOPV2 ayudará a poner fin a este brote al prevenir la propagación del virus. Está previsto que se lleve a cabo una ronda adicional de vacunación contra la poliomielitis en abril.

La campaña estará dirigida por el Ministerio de Salud palestino y se implementará con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) y otros socios.

Las vacunas contra la poliomielitis son seguras y no hay un número máximo de veces que se debe vacunar a un niño. Cada dosis proporciona protección adicional, necesaria durante un brote activo de poliomielitis.

La OMS, el UNICEF y sus asociados acogen con satisfacción el reciente alto el fuego e instan a que se alcance un alto el fuego duradero que conduzca a una paz a largo plazo.

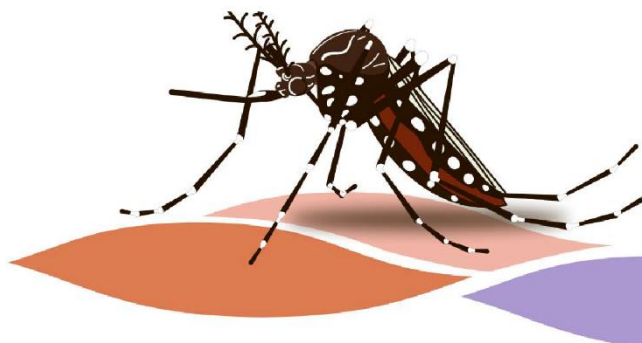
La Dirección Regional de Salud (DRS) y la Autoridad Regional de Salud (ASR) informaron que, el 18 de febrero de 2025, el Instituto Nacional de Salud (INSA) 'Doutor Ricardo de Almeida Jorge' confirmó por laboratorio dos casos autóctonos de dengue en la Región Autónoma de Madeira.

La investigación epidemiológica, realizada por la ASR, confirmó que estos casos presentaban síntomas compatibles con dengue a inicios de enero y estaban fuera del periodo infeccioso, por lo que ya no representan riesgo para la aparición de nuevos mosquitos infectados. Los casos se refieren a dos individuos residentes en la zona donde se ubica la trampa que detectó mosquitos infectados con el virus Dengue, en la tercera semana de enero.

La ASR, con el apoyo de las Autoridades Sanitarias Locales de Funchal, reforzó la vigilancia epidemiológica. Hasta el momento no se han identificado otros casos sospechosos de dengue en la Región Autónoma de Madeira.

La DRS continúa reforzando las actividades de vigilancia entomológica y acciones de control. Hasta el momento, no se ha identificado la presencia del virus Dengue en mosquitos capturados a partir del 27 de enero de 2025, según los resultados analíticos del INSA.

Considerando que la lucha contra el mosquito *Aedes aegypti* es crucial para prevenir las enfermedades transmitidas por este vector, es importante destacar la importancia de la acción de todos para eliminar los lugares de reproducción del mosquito (pequeñas acumulaciones/depositos de agua), además de prevenir las picaduras (reduciendo la exposición y utilizando repelentes).



El 8 de febrero, la Secretaría de Salud y Protección Civil anunció que el virus Dengue había sido detectado en mosquitos *Aedes aegypti* en una trampa de monitoreo ubicada en Funchal, pero en ese momento aún no estaba al tanto de casos sospechosos o confirmados de dengue en humanos en Madeira.

El archipiélago registró un brote de la enfermedad entre 2012 y 2013, con 1.080 casos confirmados, la mayoría en el municipio de Funchal, que no había ocurrido en los países de la Unión Europea desde 1920.

Fuentes médicas de la zona bajo control del grupo hutí en Yemen informaron de una nueva ola de epidemias, en particular esquistosomosis y oncocercosis, en medio de un estado de abandono, falta de control y deterioro del sector sanitario.

Según las fuentes, en las últimas diez semanas se han registrado unos 30.000 nuevos casos de esquistosomosis y 18.000 de oncocercosis en seis ciudades bajo el control del grupo hutí, entre ellas la zona rural de Sana'a, Ibb, Al-Mahwit, Raymah, Al-Hudayda y Taiz.

Estas enfermedades han causado varias muertes, ya que no han recibido la atención médica necesaria debido al deterioro del sistema sanitario y al cese de las campañas de lucha contra las enfermedades infecciosas en la mayoría de las zonas bajo el control de los hutíes. Los trabajadores sanitarios advirtieron que los habitantes de estas zonas se enfrentan a una catástrofe sanitaria, a la luz de las continuas campañas antivacunación y de la prohibición de las vacunaciones por parte del grupo.

Según las fuentes, una de las razones que ha provocado la propagación de la esquistosomosis es la falta de acceso al agua potable para los residentes. Las fuentes informaron que los hospitales y los centros de salud de estas provincias están experimentando una afluencia de pacientes que padecen estas enfermedades, especialmente entre los niños y jóvenes.

En el contexto de una situación de conflicto prolongado, no es inusual que la infraestructura de salud pública colapse, incluidos los programas de prevención y control de enfermedades endémicas en una zona de conflicto en particular. Las tasas de incidencia de la esquistosomosis suelen aumentar después de la temporada de lluvias, durante la cual los niños acuden en masa a los estanques de agua de lluvia en busca de refugio de las altas temperaturas del verano.

La oncocercosis es una enfermedad parasitaria causada por el gusano filarial *Onchocerca volvulus*, que prevalece en las regiones tropicales. Afecta principalmente la piel y los ojos, causando picazón intensa y posible ceguera. La enfermedad se transmite a través de las picaduras del tábano *Simulium damnosum*, que se reproduce en arroyos y ríos de corriente rápida. Yemen es el único país endémico de oncocercosis en Asia.

De un plumazo, la administración del presidente Donald John Trump comenzó a desmantelar la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Miles de funcionarios, junto con sus familias, fueron obligados a sacar a sus hijos del colegio de forma abrupta y tomar rumbo hacia Estados Unidos. Los alimentos que distribuían en las peores crisis humanitarias del planeta se pudren en los hangares, y a niños en Somalia se les ha informado que no podrán recibir la vacuna contra la tuberculosis.

Las formas y la humillación han sido tan importantes como la decisión. Dos plutócratas, en un fin de semana, anunciaron su intención de cerrar la agencia de desarrollo más grande del mundo “porque está llena de gusanos”, con moñas y a golpe de tuit. China y Rusia se frotan las manos ante este tiro en el pie de un Estados Unidos, y de Occidente en general, cada vez menos querido en infinidad de contextos del Sur Global por su arrogancia y dobles estándares. La cooperación era, hasta ahora, una forma de mostrar su mejor versión.

La decisión ha supuesto un terremoto sin precedentes que deja en riesgo de muerte el sistema de ayuda internacional tal como fue construido en 1945 y mantenido por todos los presidentes de Estados Unidos desde entonces, junto con los del resto del planeta. “Si no queremos morir juntos en guerras, debemos aprender a vivir juntos en paz”, decía el presidente Harry S. Truman en la fundación de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1945 en San Francisco, Estados Unidos, cuando su país representaba 50% de la economía global, no 20% como ahora, y comprendía la importancia de la colaboración y cooperación entre los países para la búsqueda de una prosperidad colectiva.

También se han retirado los fondos a diferentes agencias de la ONU, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se ha suspendido la participación en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Los fondos para el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA) están congelados, al



Manifestantes frente a la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional en Washington, DC, Estados Unidos, el 3 de febrero de 2025, tras el anuncio de Elon Reeve Musk de que el presidente Donald John Trump había acordado con él el cierre de la agencia.

² Asier Hernando Malax-Echevarría es fundador de la plataforma Acápaca, profesor adjunto sobre desarrollo y cooperación en la Universidad IE de España y exdirector de Oxfam para América Latina y el Caribe.

igual que 1.200 millones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). El cierre de un programa de salud materno-infantil del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Afganistán supuso el despido inmediato de 1.700 mujeres profesionales afganas.

Estados Unidos, guste o no, ejerció un papel crucial en el financiamiento de estructuras públicas globales, una responsabilidad que decidió abandonar, contribuyendo a la fractura del orden global y debilitando el sistema multilateral.

Lo hizo sin ser un país especialmente generoso. Solo destinaba 0,24% de su ingreso nacional bruto a la asistencia oficial al desarrollo, una de las cifras más bajas dentro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con una ayuda muchas veces condicionada a favorecer sus propios intereses. La ayuda humanitaria le servía para deshacerse de sus excedentes agrícolas, obligaba a la compra de sus propios vehículos y, en general, favorecía a sus empresas, como las consultoras.

Sin embargo, ese pequeño porcentaje de su riqueza representaba 43% de la ayuda humanitaria global, esencial en algunas de las principales crisis humanitarias y países más castigados del mundo, como Afganistán o Sudán. No se debe olvidar que uno de cada cinco niños del planeta vive en una zona de conflicto o huye de ella, aproximadamente 400 millones. La ONU ya consideraba el año pasado esta situación como catastrófica debido a la falta de fondos suficientes para atender todas las necesidades humanitarias y al ataque constante contra su labor. El 2025 será aún más violento e impredecible.

La cooperación, como su propio nombre indica, siempre ha sido un beneficio mutuo: al país receptor, pero también al oferente. Servía para frenar la migración hacia su territorio, reducir el cultivo de drogas, prevenir enfermedades globales, mantener a países en su órbita de influencia y alejarlos de la de otros. Era una herramienta de *soft power* y de apoyo a su seguridad, garantizando que sus aviones pudieran sobrevolar ciertos territorios y sus fragatas atracar en puertos estratégicos. Samantha Power, exadministradora de la USAID, lo explicó muy bien esta semana.

La USAID requería una reforma profunda, pero esa discusión ya carece de sentido. Quien vea en su cierre una oportunidad es un cínico o un estúpido de sofá. No se cubrirá ese vacío. Francia también prevé recortes de 40% en su ayuda, la Unión Europea de 35% en los próximos tres años, y Suiza reducirá de manera significativa su apoyo a las agencias de la ONU. El mundo enfrenta un panorama de mayor inestabilidad ante un orden internacional agrietado y un nuevo sistema que aún ni siquiera ha sido concebido.

Habrà tiempo para reflexionar sobre cómo se llegó hasta este punto, qué hacer para recomponer el daño que esta decisión causó e incluso para identificar oportunidades a mediano plazo para quienes creen que el sistema debía descolonizarse, desburocratizarse, volverse menos rígido y centrarse en procesos sostenibles. Pero ahora es momento de acuerpar a los miles de organizaciones sociales fundamentales que han perdido su apoyo y prepararse rápidamente para lo que grupos extremistas, envalentonados y posiblemente financiados, puedan hacer a partir de ahora.

Curso virtual

100% online

Otorga créditos SADI
Inicio: marzo

sadi Sociedad Argentina de Infectología

ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE INFECTOLOGÍA

Curso virtual

Presente y futuro de las infecciones en trasplante de órgano sólido Una mirada latinoamericana



Otorga 53 horas cátedra y créditos para el programa de recertificación de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI).

Destinado a: Infectólogos/as especialistas en trasplante; Infectólogos/as generales y en formación interesados en profundizar estos temas. Trasplantólogos/as; Internistas que asisten a estos pacientes.

Módulo 1 | Generalidades que aplican a todos los TOS

- ✓ Línea de tiempo de las infecciones: ¿todo sigue igual? *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Inmunosupresión: nuevas drogas, nuevos riesgos de toxicidad. *Dra. Natalia Pujato, Argentina.*
- ✓ Infecciones derivadas del donante. *Dra. Patricia Giorgio, Argentina.*

Módulo 2 | Infecciones específicas en TOS (I)

- ✓ Organismos multirresistentes: un enemigo muy actual. *Dra. Jimena Prieto, Uruguay.*
- ✓ Enfermedad de Chagas. *Dra. Laura Barcán, Argentina.*
- ✓ Micobacterias y TOS. *Dr. Jackes Simkins, Estados Unidos / Venezuela.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Módulo 3 | Infecciones específicas en TOS (II)

- ✓ CMV: ¿hemos avanzado en algo? *Dra. Elena Temporiti, Argentina.*
- ✓ Infecciones Fúngicas Invasivas y TOS: Anfotericinas, Azólicos, Equinocandinas: estrategias de tratamiento. ¿Algo nuevo? *Dr. Daniel Zapata, México.*
- ✓ ITU en Trasplante renal: una puesta al día. *Dra. Melisa Martínez, Argentina.*

Módulo 4 | Prevención de enfermedades y multirresistencia en TOS

- ✓ Arbovirosis: una epidemia que golpea a América latina. *Dra. Ligia Pierotti, Brasil.*
- ✓ Vacunas y TOS: ¿cuál es el calendario? *Dra. Astrid Smud, Argentina.*
- ✓ Stewardship en TOS. Tratamientos orales en infecciones severas y Tratamientos acortados: ¿es eso posible? *Dra. Laila Woc Colburn, Atlanta / Guatemala.*

- Clase en vivo integradora al finalizar el Módulo

Completando el curso obtendrás un certificado con **créditos SADI**

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 reportee-epidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.