

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de la intoxicación por monóxido de carbono

AMÉRICA

- Brasil: Primeras muertes del año por fiebre manchada brasileña en Campinas
- Estados Unidos: Es posible la transmisión autóctona de la enfermedad de Chagas en Florida
- Estados Unidos: Muerte por peste neumónica en Arizona

- Panamá: 6.458 casos de dengue y diez muertes por la enfermedad a junio de 2025

EL MUNDO

- Burundi: Eliminado el tracoma como problema de salud pública
- Côte d'Ivoire: Situación epidemiológica del cólera
- Europa: El cambio climático triplicó las muertes relacionadas con la ola de calor de principios del verano
- Grecia: Primeros casos de fiebre del Nilo Occidental de 2025

- Japón: Casi 40.000 casos de tos convulsa en lo que va del año

- Mozambique: Situación epidemiológica del cólera

- Palestina: Las embarazadas de Gaza sobreviven al filo de la desnutrición

- La vacuna contra la meningitis parece proteger contra la gonorrea

ENTREVISTA

- Winnie Byanyima: "Las infecciones de VIH han pasado de 3.500 por día a 5.800 desde enero"

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 PRYLKA // 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
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR

Adherentes



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

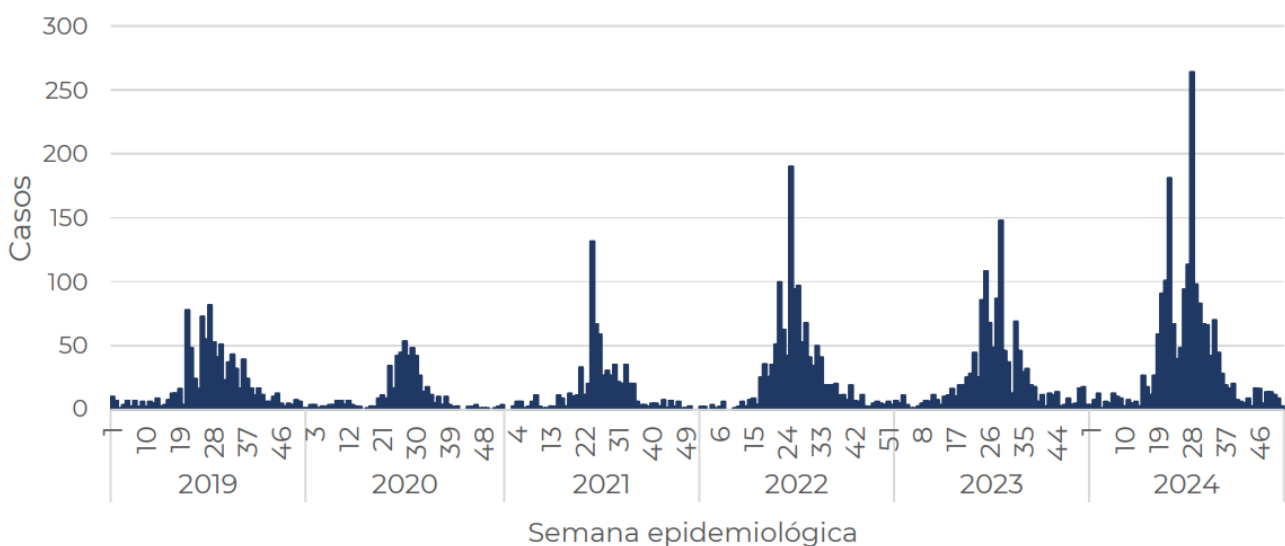
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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.

Situación epidemiológica 2019/2024

Entre los años 2019 y 2024, se notificaron al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 9.630 eventos de intoxicación/exposición por monóxido de carbono, de los cuales 6.706 (70%) fueron clasificados como confirmados. La mayor cantidad de los casos confirmados (81%) lo fueron por criterio clínico, seguido por confirmación laboratorial (12%) y, en menor proporción, por nexos epidemiológico (7%). Para todo el periodo se registraron 38 muertes distribuidas en todos los años, siendo 2023 el año con más óbitos.

Durante el período analizado, los casos de intoxicación por monóxido de carbono mostraron una notificación constante a lo largo del año, con un aumento estacional sostenido entre los meses de abril y septiembre. El mayor número de casos confirmados se registró en julio de 2024, alcanzando un pico en la semana epidemiológica 28 (264 casos).



Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono, según semana epidemiológica. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (N=6.706).

En cuanto a la distribución por sexo, de 6.644 casos en los que se cuenta con esta información, 56% correspondió al sexo femenino y el 44% restante al masculino.

Respecto a la distribución por edad, 80% de los casos se concentra en los grupos etarios de 0 a 39 años. Dichos grupos presentan una incidencia acumulada superior a la registrada en la población general. La mediana de edad es de 21 años.

En relación a la distribución regional de los casos confirmados, 36% se registró en la Región Sur, siendo las provincias de Neuquén, Chubut y Tierra del Fuego las que concentran el ma-

yor número de casos. Le sigue la Región Centro (34%), siendo Buenos Aires la provincia con mayor número de casos en esta región. El 30% restante se distribuye entre las regiones Cuyo, Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA).

Respecto de la fuente de exposición, 13% de los casos confirmados consignó información. De estos, 261 corresponden a exposición a estufas a gas (31%), 133 a incendios (16%), 126 a cocinas, anafes u hornos (15%), y el resto se distribuye entre otras fuentes.

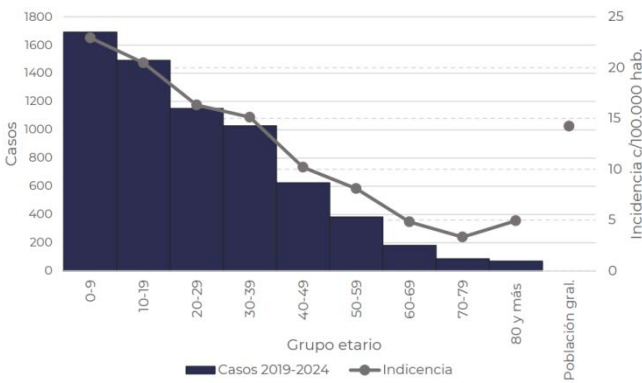
Situación epidemiológica actual (2025)

En 2025, hasta la SE 26, se notificaron 642 casos confirmados. El 68% de estos se confirmó por criterio clínico, 21% por laboratorio y el resto por criterio epidemiológico. En cuanto a la distribución por sexo se mantiene como en los años previos, mientras que en cuanto a la edad, se observa que el grupo de edad de 20 a 29 años es el más afectado (135 casos), seguido del grupo de 0 a 9 años (121 casos). En el año en curso se registraron cuatro fallecimientos vinculados a la intoxicación por monóxido de carbono.

Tanto a nivel nacional como en las regiones Cuyo y Sur, el índice epidémico acumulado se encuentra en el valor esperado, mientras que en la región Centro, el mismo supera el valor esperado y en la NOA es inferior. En la región del NEA no se puede calcular por no tener casos notificados.

El corredor endémico cuatrisesmanal muestra que los casos de 2025 se encuentran en la zona de alerta, encontrándose en brote entre las SE 1 a 8 y las SE 13 a 16.

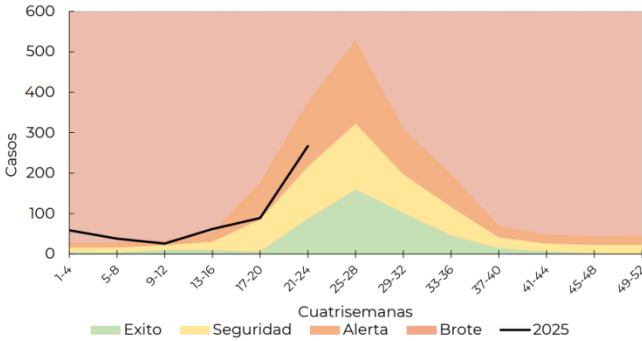
Los corredores endémicos acumulados por región muestran que las regiones Centro, Sur y Cuyo se encuentran en la zona de alerta, de acuerdo al registro de casos de los cinco años previos, observándose para las regiones de Centro y Sur algunas SE en brote (1 a 8). La región NOA se encuentra en zona de seguridad en todo el periodo.



Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono, según grupos etarios. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (N=6.702).

Provincia/Región	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	55	28	28	49	67	90
Buenos Aires	227	76	205	232	241	452
Córdoba	80	23	29	47	49	91
Entre Ríos	17	16	13	20	35	59
Santa Fe	4	1	2	9	1	5
Centro	383	144	277	357	393	697
Mendoza	158	69	44	128	149	176
San Juan	30	69	47	60	79	93
San Luis	21	1	5	10	15	47
Cuyo	209	139	96	198	243	316
Chaco	1	—	1	1	1	1
Corrientes	1	—	—	1	—	—
Formosa	—	—	—	—	—	—
Misiones	—	—	1	2	—	—
Noreste Argentino	2	—	2	4	1	1
Catamarca	3	—	—	—	—	—
Jujuy	1	—	1	2	—	7
La Rioja	1	—	16	—	6	17
Salta	—	—	—	61	32	95
Santiago del Estero	—	—	1	5	2	11
Tucumán	82	48	108	73	108	131
Noroeste Argentino	87	48	126	141	148	261
Chubut	55	63	91	217	90	167
La Pampa	6	7	8	20	4	8
Neuquén	45	36	20	223	220	255
Río Negro	42	22	11	37	34	26
Santa Cruz	39	53	8	31	41	78
Tierra del Fuego	121	31	80	55	86	103
Sur	308	212	218	583	475	637
Total Argentina	989	543	719	1.283	1.260	1.912

Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono, según año y jurisdicción. Argentina. Años 2019/2024. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (N=6.706).



Corredor endémico cuatrisesmanal de casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono. Argentina. En base a datos de los años 2019/2024, con representación del año 2025 hasta cuatrisesmana epidemiológica 6. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina.

Provincia/Región	Año						Índice epidémico acumulado
	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	5	15	30	24	25	64	2,7 ↑
Buenos Aires	32	100	97	91	185	165	1,7 ↑
Córdoba	11	20	35	25	29	13	0,5 =
Entre Ríos	7	6	14	17	14	33	2,4 ↑
Santa Fe	—	2	—	—	—	—	—
Centro	55	143	176	157	253	275	1,8 ↑
Mendoza	46	28	75	68	90	42	0,6 ↓
San Juan	32	36	45	29	42	31	0,9 =
San Luis	—	4	4	13	22	13	1,5 ↑
Cuyo	78	68	124	110	154	86	0,8 =
Chaco	—	1	—	—	1	—	—
Corrientes	—	—	—	—	—	—	—
Formosa	—	—	—	—	—	1	—
Misiones	—	1	1	—	—	1	—
Noreste Argentino	—	2	1	—	1	2	—
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—
Jujuy	—	—	2	—	—	1	—
La Rioja	—	11	—	2	8	—	—
Salta	—	—	41	15	34	23	1,5 ↑
Santiago del Estero	—	—	5	—	1	2	—
Tucumán	21	75	34	41	56	11	0,3 ↓
Noroeste Argentino	21	86	82	58	99	37	0,5 ↑
Chubut	18	56	133	27	80	58	1,0 =
La Pampa	6	3	16	3	8	1	0,2 ↓
Neuquén	13	7	142	101	132	58	0,6 ↓
Río Negro	6	1	14	14	16	21	1,5 ↑
Santa Cruz	15	3	16	34	55	55	3,4 ↑
Tierra del Fuego	18	55	8	40	61	49	1,2 =
Sur	76	125	329	219	352	242	1,1 =
Total Argentina	230	424	712	544	859	642	1,2 =

Casos confirmados de intoxicación por monóxido de carbono, según año y jurisdicción, e índice epidémico acumulado. Argentina. Años 2020/2025, hasta semana epidemiológica 26. Fuente: Área de Análisis de Información e Investigación, Ministerio de Salud de Argentina. (N=3.411).

La intoxicación por monóxido de carbono constituye un evento de importancia sanitaria debido a su alta prevalencia y potencial letalidad. El monóxido de carbono es un gas inodoro, incoloro, insípido y no irritante que se produce por la combustión incompleta de materiales que contienen carbono, como gas natural, kerosén, carbón, madera o combustibles líquidos. Su carácter no perceptible por los sentidos lo convierte en un riesgo silencioso, particularmente en contextos domésticos y laborales mal ventilados.

En Argentina, la mayoría de estos eventos se originan en exposiciones no intencionales intradomiciliarias vinculadas al uso inadecuado de artefactos para calefacción o cocción, en ambientes cerrados y sin ventilación adecuada.

La vigilancia epidemiológica de este evento permite, potencialmente, detectar de manera oportuna su ocurrencia, identificar fuentes de exposición, implementar medidas de prevención, y monitorear la efectividad de las intervenciones locales.



BRASIL

PRIMERAS MUERTES DEL AÑO POR FIEBRE MANCHADA BRASILEÑA EN CAMPINAS

07/07/2025

La Secretaría Municipal de Salud de Campinas (São Paulo) confirmó el 7 de julio dos muertes por fiebre manchada brasileña, los primeros casos de la enfermedad en 2025 en la ciudad. Las víctimas fueron una mujer de 47 años y un hombre de 63.

En un comunicado, la secretaría informó que viene reforzando las acciones de prevención de la enfermedad desde junio debido al período estacional que se extiende desde esos meses hasta fin de año.

La fiebre manchada brasileña es una enfermedad grave y altamente letal causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*. La infección se produce por la picadura de una garrapata estrella (*Amblyomma sculptum*) infectada con la bacteria.

En su etapa juvenil, la garrapata puede parasitar cualquier animal (incluido el ser humano) que se encuentre en zonas de vegetación, especialmente donde haya caballos, carpinchos y otros animales salvajes.



Garrapata estrella (*Amblyomma sculptum*)

Las muertes

Según la Secretaría Municipal de Salud, en un caso, el foco probable de infección fue otro municipio.

Es el caso de un hombre de 63 años, residente del área de cobertura del Centro de Salud Aeroporto, que presentó los primeros síntomas de la enfermedad el 31 de mayo y falleció el 6 de junio. Recibió tratamiento e ingresó en un hospital público de Campinas. El probable foco de infección es una zona pesquera de otro municipio de São Paulo.

El segundo caso es el de una mujer de 47 años, residente del área de cobertura del Centro de Salud Jardim Guanabara, que presentó síntomas el 4 de junio y falleció el 10 del mismo mes. Recibió tratamiento e ingresó en un hospital privado de Campinas. El probable foco de infección fue un terreno privado en una zona rural del distrito de Sousas, cerca del río Atibaia.

En 2024, Campinas registró ocho casos de fiebre manchada brasileña, todos transmitidos en Campinas, y una muerte.

En 2023, se registraron 20 casos de la enfermedad, 17 de los cuales se transmitieron dentro del municipio. De estos, siete resultaron en fallecimientos.

Acciones

En un comunicado, la Secretaría Municipal de Salud informó que ha reforzado la señalización de riesgo de transmisión de la fiebre manchada brasileña mediante la instalación de señales de advertencia en las proximidades de sitios probables de infección.

Además, se realizó un trabajo educativo con orientación para la población residente en propiedades cercanas a zonas de riesgo de transmisión en el distrito de Sousas.

La fiebre manchada brasileña, causada por la bacteria *Rickettsia rickettsii*, es una enfermedad infecciosa febril de carácter zoonótico. Identificada inicialmente en 1929 en el estado de São Paulo, debido a su intensa expansión urbana, posteriormente se expandió a Minas Gerais y Rio de Janeiro, volviéndose endémica en la región Sudeste de Brasil. Con casos ocasionales en el Sur, la fiebre manchada brasileña muestra un aumento de casos entre junio y octubre, coincidiendo con la mayor actividad del vector.

La transmisión se produce a través de la picadura de la garrapata estrella (*Amblyomma sculptum*), vector y reservorio de la bacteria. La garrapata infectada transmite la bacteria al alimentarse durante 6 a 10 horas, siendo esta transmisión más probable durante las etapas larvaria y ninfal, debido a la dificultad de su detección.

Después de la infección, las rickettsias se propagan por todo el cuerpo, causando vasculitis y complicaciones como hemorragias y disfunción orgánica. El exantema maculopapular es la principal manifestación clínica, acompañada de fiebre, cefalea, mialgias y otros síntomas, aunque generalmente aparece entre el tercer y quinto día de la enfermedad, y puede estar ausente, dificultando el diagnóstico. En casos graves pueden presentarse manifestaciones renales, pulmonares, neurológicas y hemorrágicas.

El diagnóstico es difícil debido a la similitud de los síntomas con otras enfermedades infecciosas, como el dengue, la leptospirosis, la fiebre zika y las hepatitis virales, además de reacciones medicamentosas y alérgicas, lo que genera confusión y retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

La doxiciclina es el tratamiento de elección y debe iniciarse lo antes posible. El antibiótico puede suspenderse dos o tres días después de la desaparición de la fiebre, pero iniciar el tratamiento después del cuarto día de síntomas puede reducir su eficacia y causar complicaciones graves.

Los retrasos en el diagnóstico y el inicio del tratamiento adecuado contribuyen a la alta tasa de mortalidad de la fiebre manchada brasileña, lo que la ubica entre las enfermedades infecciosas desatendidas. El diagnóstico tardío es en gran medida consecuencia del desconocimiento de los profesionales sanitarios, que no consideran la enfermedad entre los diagnósticos diferenciales.

La prevención de la fiebre manchada brasileña consiste en evitar la exposición al vector en las zonas endémicas y en la rápida eliminación de las garrapatas tras la picadura. Los pacientes que reporten una picadura deben informar a sus médicos sobre la aparición de síntomas, como fiebre y dolor de cabeza, dentro de los 14 días posteriores a la extracción del artrópodo. No se recomienda la terapia profiláctica con tetraciclinas, como la doxiciclina, después de la exposición a garrapatas.

La subnotificación de la fiebre manchada brasileña y su elevada letalidad, vinculada al diagnóstico tardío, provocado por la falta de conocimiento de los profesionales de la salud, refuerzan la necesidad de estudios que identifiquen las regiones brasileñas con mayor incidencia, estacionalidad, variables epidemiológicas, condiciones de exposición al vector y grupos más afectados, además de analizar el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.

La enfermedad de Chagas se considera poco común en Estados Unidos. Dado que no es de notificación obligatoria a la mayoría de los departamentos de salud estatales, resulta bastante difícil saber con exactitud cuántos casos hay y con qué frecuencia se transmite.

Ahora, un reciente [estudio](#) de 10 años de duración utilizó datos de solicitudes presentadas en Florida, así como evidencia de campo recopilada en 23 condados del estado.



Macho adulto de vinchuca descansando sobre un roble vivo cerca de una casa en Micanopy, Florida.

La [enfermedad de Chagas](#) es causada por el parásito protozoario *Trypanosoma cruzi*. Los insectos hematófagos, conocidos como vinchucas, transmiten el parásito a los humanos cuando sus heces penetran las membranas mucosas, atraviesa la piel o [se ingiere por vía oral](#). Curiosamente, se cree que la mayoría de los animales de compañía, como perros y gatos, contraen el parásito al ingerir la propia vinchuca.

El primer registro de vinchucas, conocidas científicamente como *Triatoma sanguisuga*, que portan el *T. cruzi* en Florida, se registró en un insecto hallado en Gainesville en 1988. Sin embargo, las vinchucas han habitado el estado desde hace mucho más tiempo que los humanos. Actualmente, se conocen [dos especies endémicas de vinchucas](#) en Florida: *Triatoma sanguisuga*, la especie que invade los hogares, y la especie críptica *Paratriatoma lecticularia*, que habita principalmente en ciertos ecosistemas floridanos, pero no se encontró en este estudio.

El trabajo demostró que existe un vector en el estado que alberga el parásito, invade hogares y se alimenta de humanos y sus mascotas.

El estudio utilizó datos proporcionados a otros investigadores y al [Programa Científico Comunitario de la Vinchuca de Texas](#). Este programa recolectó insectos donados por la comunidad desde 2013, mientras que el equipo de investigadores comenzó su programa en 2020. Todos los insectos de este estudio fueron especímenes de Florida recolectados mediante estos métodos mixtos. Al buscar insectos en el campo, el equipo hizo todo lo posible para garantizar la integridad de las muestras.

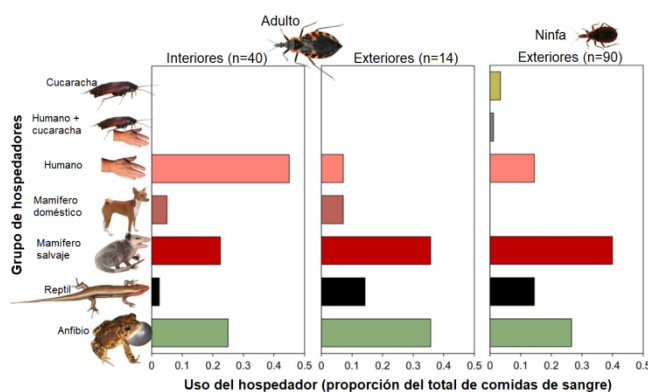
Las vinchucas portan el parásito

Si bien la infección de mamíferos, las [estrategias de manejo de plagas](#), la detección de enfermedades y la identificación de insectos ya se han estudiado anteriormente, esta es la primera vez que se ha explorado adecuadamente la relación entre las tasas de infección y los insectos en las viviendas humanas. El equipo buscó responder [cuatro preguntas clave](#):

- ¿Dónde viven las vinchucas?
- ¿Hay vinchucas en los hogares?
- ¿De qué viven las vinchucas?
- ¿Estas vinchucas son portadoras del parásito *T. cruzi*?

El estudio recolectó insectos en entornos peridomésticos, es decir, insectos que viven dentro y alrededor de viviendas humanas. Los investigadores analizaron el contenido estomacal para determinar el origen de su última comida y la presencia del parásito. De los insectos recolectados, más de un tercio se encontraron dentro de viviendas.

Los triatominos son depredadores de emboscada: invaden los hogares como otras plagas y esperan hasta que su fuente de alimento esté inactiva para acercarse y buscar su sangre.



Estos datos muestran las asociaciones de hospedadores de *Triatoma sanguisuga* recolectados en Florida, basándose en el análisis de sangre ingerida.

De 2013 a 2023, el equipo estudió muestras de más de 300 insectos en toda Florida. Se exploraron cuatro lugares adicionales en el sur de Florida, pero sin resultados. Que no se encontraran insectos en el sur del estado es desconcertante, por lo que es necesario realizar investigaciones adicionales. El parásito *T. cruzi* se encontró en 29,5% de los triatominos analizados, con infecciones detectadas en 12 de los 23 condados de Florida. Es irrefutable: todos los ingredientes necesarios para la transmisión vectorial y la posible transmisión oral de la enfermedad de Chagas están presentes en Florida.

La última comida de las vinchucas

Se esperaba descubrir que estos insectos se alimentan principalmente de mamíferos silvestres y domésticos y, quizás, a veces de personas. Pero se encontró que la mayoría de las vinchucas encontradas en hogares se habían alimentado de humanos, a diferencia de las encontradas fuera de los hogares, que contenían principalmente sangre de fuentes previsibles como mamíferos, anfibios y reptiles. Esto sugiere que las vinchucas entran fácilmente en el hogar para picar a los humanos, lo que demuestra la crucial necesidad de medidas preventivas para proteger las viviendas de la enfermedad de Chagas.

La enfermedad de Chagas en el patio trasero

Al observar dónde viven las vinchucas, los hogares son un buen punto de partida. Estos insectos viven en estado salvaje, pero cuando se les presenta la oportunidad, suelen aprovecharla. Vivir cerca de viviendas humanas probablemente les garantice refugio y alimento.

La investigación sobre cómo el impacto humano en el paisaje altera la función del ecosistema la convirtió en una incorporación obvia a esta iniciativa. Comprender la ecología de los triatominos es esencial para responder a la pregunta: "¿Por qué las vinchucas invaden las casas?". A medida que crece la población de Florida, se necesita más terreno para construir viviendas.

Donde se ha encontrado transmisión dentro y alrededor de las viviendas es en entornos periurbanos. No es exactamente un suburbio, ni una zona rural: se están construyendo viviendas dentro del hábitat del *Trypanosoma cruzi*, y eso aumenta la probabilidad de que las personas y los animales de compañía se infecten.

La mayoría de los floridianos dirían que es bien sabido que no hay agua estancada cerca de casa. Los mosquitos utilizan los depósitos de agua estancada para poner sus huevos, y su época de reproducción coincide con los hallazgos del estudio sobre la estacionalidad de la vinchuca. Los investigadores buscan crear el mismo nivel de conciencia sobre los hábitats de la vinchuca cerca de una casa. Mientras que los floridianos asocian el agua estancada con los

mosquitos, el objetivo es asociar a la vinchuca con las pilas de leña, el hábitat ideal para este insecto.

No debe acumularse leña cerca del hogar, ni cerca de donde duermen las mascotas. Esa es una precaución fundamental, no solo usar pesticidas e insecticidas: manejo del hábitat, además de cambios en el comportamiento.

Colaboración frente a la enfermedad

De los insectos recolectados, casi la mitad fueron donados por científicos comunitarios. Los investigadores describieron la participación comunitaria en los estudios como invaluable para agilizar y ampliar la investigación. Este enfoque no solo personifica la ciencia de Una Salud y el espíritu colaborativo, sino que también demuestra la importancia de la ciencia multidisciplinaria.

De cara al futuro, el equipo espera que este estudio concientice sobre el riesgo actual de transmisión de la enfermedad de Chagas en Florida. La detección de esta enfermedad es tan sencilla como la de aquellas transmitidas por garrapatas. Con esta nueva información, los médicos y los profesionales de atención primaria pueden ahora incorporar el diagnóstico de la enfermedad de Chagas a su arsenal contra las enfermedades tropicales desatendidas en Florida.



Ejemplos de lugares donde se intentó la búsqueda manual activa de triatomíneos alrededor de viviendas humanas en Florida.

(A) Pilas de leña cortada natural en patios traseros, (B) muestreo nocturno con trampa de luz ultravioleta, (C) búsqueda nocturna con lámpara, (D) pilas de leña aserrada, (E) áreas con posibles fuentes de alimento de sangre animal, como debajo de estas canoas al aire libre donde se refugiaban roedores, (F) leña cortada en lugares secos.

Los funcionarios de Salud y Servicios Humanos del Condado de Coconino (CCHHS) recibieron el 11 de julio de 2025 los resultados de las pruebas confirmatorias que informan que un residente del condado de Coconino murió de peste neumónica, una infección pulmonar grave causada por la bacteria *Yersinia pestis*.

La muerte no está relacionada con un informe reciente sobre la mortandad de perritos de las praderas en la zona de Townsend Winona, al noreste de Flagstaff. Esta es la primera muerte registrada por peste neumónica en el condado de Coconino desde 2007, cuando una persona tuvo contacto con un animal muerto infectado.

Patrice Horstman, presidenta de la Junta de Supervisores del Condado de Coconino, indicó que no se divulgará más información sobre el fallecimiento por respeto a la familia.

La peste es poco frecuente en humanos. Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, se reporta un promedio de siete casos de peste humana cada año en el país. El riesgo de exposición a la peste para la población sigue siendo bajo.

La bacteria causante de la peste, *Yersinia pestis*, puede transmitirse a los animales a través de la picadura de pulgas infectadas. La enfermedad se transmite a los humanos por la picadura de una pulga infectada o por contacto con un animal infectado. Según las autoridades sanitarias, el riesgo de transmisión entre humanos es muy bajo. El último caso de transmisión entre humanos se registró en 1924, según los Institutos Nacionales de Salud, y generalmente se propaga a través de gotitas respiratorias.

Debido a la naturaleza endémica de la peste en el suroeste de Estados Unidos, el CCHHS mantiene un sistema de vigilancia para la enfermedad. También realiza vigilancia para otras enfermedades endémicas, como la fiebre del Nilo Occidental, la hantavirosis y la rabia, para detectar rápidamente la enfermedad, comprender su propagación e implementar medidas de control para proteger a la población.

Para prevenir la exposición a la peste, el CCHHS recomienda:

- Evitar el contacto con animales salvajes. Nunca alimentar ni manipular roedores salvajes y evitar las zonas donde se sabe que viven. No tocar animales enfermos o muertos.
- Evitar las pulgas. Usar un repelente de insectos con un 20-30% de DEET (N,N-Dietil-meta-toluamida) e introducir la parte inferior de los pantalones dentro de las medias para prevenir las picaduras de pulgas.
- Utilizar tratamientos contra pulgas aprobados por veterinarios en las mascotas, mantenerlas con correa y fuera de áreas que se sabe que están habitadas por roedores salvajes.
- Reportar la muerte de perritos de las praderas. Estos roedores son muy susceptibles a la peste, pero no se consideran un reservorio a largo plazo de la enfermedad. Suelen morir rápidamente tras la infección, lo que los convierte en una especie indicadora de la presencia de la peste. Las colonias activas de perritos de las praderas no son dañinas, pero una reducción o muerte repentina de estas colonias puede indicar la presencia de la enfermedad. Se insta a quienes noten una muerte repentina de roedores o conejos en el condado

de Coconino a que se comuniquen con los Servicios para Animales del CCHHS o con Salud Ambiental.

- Prevenir las infestaciones de roedores retirando la maleza, los montones de piedras, la basura y la madera de alrededor de las casas y dependencias. Guardar los alimentos en recipientes a prueba de roedores.
- No acampar junto a madrigueras de roedores y evitar dormir directamente en el suelo.
- Buscar atención veterinaria para mascotas enfermas. Si una mascota presenta síntomas como fiebre alta, inflamación de los ganglios linfáticos, letargo, pérdida de apetito, tos o secreción ocular, debe contactarse a un veterinario de inmediato. Se recomienda llamar antes de visitar al veterinario para obtener instrucciones y así minimizar la exposición a posibles enfermedades.
- Tener en cuenta que los gatos son muy susceptibles a la peste y, si bien pueden enfermarse por una variedad de enfermedades, un gato enfermo (especialmente uno que puede vagar libremente en exteriores) debe recibir atención de un veterinario para un diagnóstico y tratamiento adecuados.

Los síntomas de la peste en humanos suelen aparecer entre uno y ocho días después de la exposición y pueden incluir fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, debilidad y dolor muscular. Algunas personas también pueden presentar inflamación de los ganglios linfáticos (llamados "bubones"), más comúnmente en la ingle, las axilas o las extremidades. La enfermedad puede volverse septicémica o neumónica, pero es curable con un tratamiento antibiótico adecuado si se diagnostica y trata a tiempo.

Las personas con síntomas compatibles con peste deben contactar a un médico de inmediato y proporcionar a su profesional de la salud información sobre la posible exposición a roedores o pulgas. Debe llamarse con anticipación al profesional de la salud o centro de salud para limitar la exposición a otras personas. El tratamiento de la peste con antibióticos es muy eficaz.

Las autoridades sanitarias de Panamá informaron el 9 de julio que el país acumuló 6.458 casos de dengue y diez muertes por la enfermedad hasta la semana epidemiológica 25.

Del total de casos, 576 han requerido hospitalización, indicó el Ministerio de Salud, mientras que 55 casos de dengue han sido calificados como graves.

El Área Metropolitana y San Miguelito, en la capital, acumulan la mayoría de casos con 2.753, mientras que las muertes se han registrado en las provincias de Chiriquí (4), Bocas del Toro (2), Darién (2), Panamá Este (1) y Coclé (1).

La tasa de incidencia nacional en la semana epidemiológica 25 de 2025 es de 125,8 casos cada 100.000 habitantes. La mayoría de los casos se registran entre los grupos de edad comprendido entre los 10 y 59 años.

La co-circulación de los cuatro serotipos del virus Dengue en Panamá, con predominio de los serotipos DENV-3 y DENV-4, aumenta la ocurrencia de casos graves y fatales.

El Ministerio de Salud intensificó los operativos en todo el país a través del equipo de control de vectores para reducir los casos de dengue, pero insistió en la participación ciudadana para la eliminación de todos los criaderos del mosquito, alrededor y dentro de las viviendas.

Los casos de dengue crecieron 94% y las muertes sumaron 52 al cierre de 2024 en Panamá, casi el triple de las registradas el año anterior, según las estadísticas del Ministerio de Salud.





BURUNDI

ELIMINADO EL TRACOMA COMO
PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

11/07/2025

La Organización Mundial de la Salud (OMS) validó la eliminación del tracoma como problema de salud pública en Burundi, convirtiéndose en el octavo país de la Región Africana de la OMS en alcanzar este importante hito. El tracoma es también la primera enfermedad tropical desatendida (ETD) en ser eliminada en el país.

“Eliminar una enfermedad como el tracoma es un logro fundamental en materia de salud pública que requiere esfuerzo y dedicación constantes”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Felicito al gobierno y al pueblo de Burundi y los elogio por su arduo trabajo y compromiso. Es un gran logro ver a Burundi unirse al creciente grupo de países que han eliminado al menos una ETD”.

El tracoma es causado por la bacteria *Chlamydia trachomatis* y se propaga por contacto personal, superficies contaminadas y por moscas que han estado en contacto con secreciones oculares o nasales. Las repetidas infecciones pueden provocar cicatrices, hacer que las pestañas se vuelvan hacia adentro y, en última instancia, ceguera. A nivel mundial, la enfermedad sigue siendo endémica en muchas comunidades vulnerables donde el acceso al agua potable y al saneamiento es limitado.

“Esta validación marca un hito importante en nuestro compromiso con la equidad sanitaria”, declaró el Dr. Lydwine Baradahana, Ministro de Salud Pública y Lucha contra el Sida de Burundi. “Es una victoria colectiva, posible gracias a casi 20 años de movilización nacional y solidaridad internacional. Agradezco a todos los socios, actores comunitarios e instituciones de Burundi y del resto del mundo que hicieron posible este logro histórico”.

El progreso de Burundi

Antes de 2007, sin casos reportados ni estudios epidemiológicos, el alcance de la endemidad del tracoma en Burundi era prácticamente desconocido. Ese año, el país puso en marcha una iniciativa para abordar las ETD, que incluía un mapeo integrado de geohelmintosis, esquistosomosis, filariosis linfática y tracoma. Tras el mapeo, el Ministerio de Salud Pública y Lucha contra el Sida realizó investigaciones adicionales. Las encuestas de referencia realizadas entre 2009 y 2010 confirmaron la endemidad del tracoma en algunas zonas del país. Esto impulsó la implementación de intervenciones basadas en la estrategia SAFE recomendada por la OMS para 2,5 millones de personas que las necesitaban en 12 distritos sanitarios.

El programa de eliminación del tracoma en Burundi recibió apoyo técnico y financiero de CBM Christoffel Blindenmission, el Fondo END, Geneva Global y la OMS. La Iniciativa Internacional contra el Tracoma del Grupo de Trabajo para la Salud Mundial donó azitromicina

(Zithromax, Pfizer, New York, Estados Unidos). La OMS continúa apoyando a las autoridades sanitarias del país en el seguimiento de las comunidades donde el tracoma era endémico para garantizar que no haya un resurgimiento de la enfermedad.

“Este logro refleja la determinación del gobierno de proteger a sus poblaciones más vulnerables. Bajo el liderazgo del Ministerio de Salud Pública y Lucha contra el Sida, y con la dedicación de los trabajadores sanitarios comunitarios, el apoyo de socios clave y la orientación técnica de la OMS, este éxito fue posible”, declaró el Dr. Xavier Crespin, representante de la OMS en Burundi. “Este triunfo nos inspira a seguir adelante con la misma determinación para eliminar todas las enfermedades tropicales desatendidas que aún persisten”.

Prevalencia de la enfermedad

El tracoma sigue siendo un problema de salud pública en 32 países, con aproximadamente 103 millones de personas viviendo en zonas que requieren intervenciones contra la enfermedad. El tracoma se encuentra principalmente en las zonas más pobres y rurales de África, América Central y del Sur, Asia, el Pacífico Occidental y Medio Oriente.

La Región Africana se ve desproporcionadamente afectada por el tracoma, con 93 millones de personas viviendo en zonas de riesgo en abril de 2024, lo que representa 90% de la carga mundial de tracoma. Se han logrado avances significativos en la lucha contra el tracoma en los últimos años, y el número de personas que requieren tratamiento con antibióticos en la Región Africana se redujo en 96 millones, de 189 millones en 2014 a 93 millones en abril de 2024, lo que representa una reducción de 51%.

Actualmente, 20 países de la Región Africana de la OMS requieren intervención para la eliminación del tracoma: Angola, Argelia, Burkina Faso, Camerún, Chad, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Guinea, Kenia, Mozambique, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Tanzania, Sudán del Sur, Uganda, Zambia y Zimbabwe. Los siete países de la región que la OMS ha validado previamente como países que han eliminado el tracoma como problema de salud pública son Benín, Gambia, Ghana, Malawi, Malí, Mauritania y Togo. Otros cuatro países de la Región Africana de la OMS (Botswana, Guinea-Bissau, Namibia y Senegal) afirman haber alcanzado las metas de prevalencia para la eliminación.

Progreso global

Con el anuncio de hoy, un total de 57 países han eliminado al menos una ETD. De ellos, 24 (incluido Burundi) han logrado eliminar el tracoma como problema de salud pública. Otros países que han alcanzado este hito son Arabia Saudí, Benín, Camboya, China, Gambia, Irán, Laos, Ghana, India, Irak, Malawi, Malí, Mauritania, México, Marruecos, Myanmar, Nepal, Omán, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Togo, Vanuatu y Vietnam.

La eliminación del tracoma como problema de salud pública se define como:

1. una prevalencia de triquiasis tracomatosa “desconocida para el sistema de salud” de menos de 0,2% en adultos de 15 o más años (aproximadamente 1 caso cada 1.000 habitantes totales);
2. una prevalencia de inflamación tracomatosa-folicular en niños de 1 a 9 años de menos de 5%, sostenida durante al menos dos años en ausencia de un tratamiento masivo con antibióticos en curso, en cada distrito anteriormente endémico; y
3. la existencia de un sistema capaz de identificar y gestionar casos incidentes de triquiasis tracomatosa, utilizando estrategias definidas, con evidencia de recursos financieros apropiados para implementar esas estrategias.

La estrategia SAFE de la OMS consiste en cirugía para tratar la fase de ceguera (triquiasis tracomatosa); antibióticos para eliminar la infección, en particular la administración masiva del antibiótico azitromicina, que es donado por el fabricante, Pfizer, a programas de eliminación, a través de la Iniciativa Internacional contra el Tracoma; limpieza facial; y mejora del ambiente, en particular mejorando el acceso al agua y al saneamiento..

El 25 de mayo de 2025, las autoridades sanitarias de Côte d'Ivoire notificaron a la Organización Mundial de la Salud un brote confirmado de cólera en la aldea de Vridi Akobrakré, situada en el distrito sanitario de Port-Bouët Vridi de Abiyán, la ciudad más grande del país. Posteriormente, se reportaron seis fallecimientos en la misma comunidad, con síntomas consistentes en diarrea acuosa aguda, vómitos y dolor abdominal.

Las investigaciones epidemiológicas y los análisis de laboratorio realizados por el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Côte d'Ivoire confirmaron la presencia de *Vibrio cholerae* O1, serotipo Ogawa, en muestras de materia fecal el 27 de mayo de 2025. Hasta el 8 de junio de 2025, se habían notificado un total de 46 casos y siete fallecimientos (tasa de letalidad de 15,2%), incluidos tres casos confirmados por laboratorio y 42 casos probables con vínculo epidemiológico con un caso confirmado. Todos los fallecimientos se produjeron en la comunidad durante los tres primeros días posteriores a la confirmación del brote, y se produjeron principalmente entre miembros de comunidades pesqueras extranjeras de origen ghanés y togolés.

No se han detectado nuevos casos desde el 8 de junio de 2025. Un total de 39 pacientes fueron atendidos en centros de salud, incluyendo el centro de salud rural de Akobrakré y el Hospital General de Port-Bouët. Todos los casos hospitalizados se han curado y dado de alta, sin que se hayan reportado fallecimientos hospitalarios.

Côte d'Ivoire sigue en riesgo de brotes de cólera debido a una combinación de factores ambientales, sociales y estructurales. Estos incluyen el acceso limitado al agua potable, infraestructuras de agua, saneamiento e higiene inadecuadas y prácticas de higiene inseguras, especialmente en asentamientos informales densamente poblados y comunidades pesqueras costeras. Las lluvias estacionales y las inundaciones pueden agravar estas condiciones al contaminar las fuentes de agua.

Acciones de salud pública

Tras la confirmación del brote, el Ministerio de Salud, Higiene Pública y Cobertura Sanitaria Universal activó el Centro de Operaciones de Urgencia de Salud Pública. Este desplegó equipos de respuesta rápida en la zona afectada. Las principales actividades de respuesta llevadas a cabo se enumeran a continuación:

- Se reforzó la vigilancia comunitaria, la búsqueda activa de casos y las evaluaciones ambientales.
- Se suministró material de laboratorio, incluyendo kits de investigación del cólera, reactivos de laboratorio y 1.000 kits de pruebas de diagnóstico rápido.
- Se suministró agua potable mediante camiones cisterna y kits de higiene a los residentes y centros de salud locales.
- Se realizaron campañas de concienciación comunitaria con líderes locales para promover mensajes clave sobre la prevención del cólera.
- Difusión de mensajes centrados en la prevención y el control de infecciones y la importancia de una pronta búsqueda de atención médica.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en Vridi Akobrakré pone de relieve la vulnerabilidad de las comunidades en zonas periurbanas, especialmente durante la temporada de lluvias, cuando se intensifica la transmisión de enfermedades transmitidas por el agua. Si bien las muertes prematuras contribuyeron a una alta tasa de letalidad, las rápidas medidas de salud pública han frenado la propagación de la enfermedad. La vigilancia continua, la participación comunitaria y las intervenciones de agua, saneamiento e higiene son esenciales para prevenir un resurgimiento, especialmente en entornos de alto riesgo similar.

Un reciente estudio puso en evidencia que el cambio climático provocado por el hombre intensificó la reciente ola de calor europea y aumentó el número de muertes por calor en aproximadamente 1.500 en 12 ciudades europeas.

Centrándose en diez días de calor del 23 de junio al 2 de julio, los investigadores estimaron el número de muertos utilizando métodos revisados por pares y descubrieron que el cambio climático casi triplicó el número de muertes relacionadas con el calor, y el uso de combustibles fósiles aumentó las temperaturas de las olas de calor hasta 4°C en las ciudades.



Advirtieron que las temperaturas de la ola de calor seguirán aumentando y es probable que el número de muertes en el futuro sea mayor, hasta que el mundo deje en gran medida de quemar petróleo, gas y carbón y alcance cero emisiones netas.

Este es el primer estudio rápido que estima el número de muertes vinculadas al cambio climático durante una ola de calor.

Aproximadamente 1.500 de las 2.300 muertes estimadas por calor (65%) son resultado del cambio climático, que provoca aumentos en las temperaturas de entre 1 y 4°C, lo que significa que el número de muertes se triplicó debido a la quema de combustibles fósiles.

El análisis tomó en cuenta 12 grandes ciudades europeas escogidas por factores como su tamaño, ubicación diversa y porque en todas se emitieron alertas por calor. En ellas, se estimó que el exceso de calor causado por el cambio climático fue la causa de 317 muertes en Milán, la mayor cifra; a esta ciudad le siguen Barcelona (286 muertes), París (235), Londres (171), Roma (164), Madrid (108), Atenas (96), Budapest (47), Zagreb (31), Frankfurt (21), Lisboa (21) y Sassari (6).

Esto significa que el número probable de muertes a causa del calor provocado por el cambio climático en muchas ciudades europeas fue mayor que el de otros desastres recientes, incluidas las inundaciones de Valencia de 2024 (224 muertes) y las inundaciones de 2021 en el noroeste de Europa (243 muertes).

Las personas de 65 años o más representaron 88% de las muertes, lo que destaca cómo aquellos con problemas de salud subyacentes corren mayor riesgo de muerte prematura en las olas de calor.

Este estudio demuestra por qué las olas de calor se conocen como “asesinos silenciosos”. Si bien se han reportado algunas muertes en España, Francia e Italia, se estima que miles de personas más han fallecido a causa de las temperaturas abrasadoras, y sus muertes no se registraron como relacionadas con el calor.

La Organización Nacional de Salud Pública (EODY) informó que se han diagnosticado en Grecia los primeros casos de infección por el virus del Nilo Occidental del período de transmisión 2025.

En concreto, se diagnosticaron cuatro casos de infección simultáneamente en las últimas 48 horas en la región del Ática, siendo los lugares de exposición más probables las Unidades Regionales de Ática Occidental, El Pireo e Islas del Egeo (en los municipios de Asprópyrgos, Korydallós y Salamina, respectivamente). Los casos corresponden a pacientes mayores de 65 años que presentaron encefalitis/meningoencefalitis y cuyos síntomas comenzaron en los últimos diez días de junio de 2025.

Se producen anualmente casos de infección por el virus del Nilo Occidental en muchos países del mundo, así como en muchos países europeos, generalmente durante los meses de verano y otoño. Desde 2010, se han presentado casos casi todos los años en Grecia, por lo que se espera su reaparición en cada período de transmisión. Dada la circulación prevista del virus durante el período actual, la EODY informó a los profesionales sanitarios de todo el país en mayo de 2025 sobre la necesidad de estar alerta ante la enfermedad y, a principios de junio de 2025, emitió un comunicado de prensa para informar al público, con recomendaciones para la adopción de medidas preventivas contra los mosquitos.

Dado que la epidemiología del virus está determinada por muchos factores, no se puede predecir con certeza las zonas donde se presentarán casos. Por ello, EODY recomienda tomar medidas de protección individual contra los mosquitos en todo el territorio, durante el período de circulación.

En cada período de transmisión, y con el objetivo de implementar oportunamente medidas específicas de respuesta y prevención, la EODY lleva a cabo una vigilancia epidemiológica reforzada de la enfermedad y una vigilancia entomológica activa a nivel nacional, que se ha fortalecido significativamente en los últimos años. Al mismo tiempo, informa a los profesionales de la salud pública y a la población, investiga de inmediato los incidentes y mantiene una comunicación y cooperación constantes con las autoridades nacionales competentes y las autoridades gubernamentales locales, que implementan institucionalmente programas de control de mosquitos. Las acciones de prevención y respuesta recomendadas, basadas en una evaluación de riesgos en cada zona, se describen en detalle en el *Plan de Acción para la Infección por el Virus del Nilo Occidental* del Ministerio de Salud, cuyo objetivo es la implementación estandarizada de acciones para gestionar y reducir el riesgo de transmisión del virus. Un Grupo de Trabajo intersectorial especial del Ministerio de Salud está realizando de inmediato una evaluación de riesgos y definiendo las zonas afectadas y las zonas de alto riesgo.

El virus del Nilo Occidental se transmite principalmente por la picadura de mosquitos comunes infectados, que a su vez se contagian de aves infectadas (principalmente silvestres). Las personas infectadas no transmiten el virus a otros mosquitos ni a otras personas (por contacto directo). En la mayoría de los casos, las personas infectadas no enferman o solo presentan síntomas leves, mientras que un pequeño porcentaje (menos de 1% de las personas infectadas) desarrolla una enfermedad grave que afecta al sistema nervioso (principalmente encefalitis o meningitis).

Las personas mayores, las personas inmunodeprimidas y las personas con enfermedades crónicas subyacentes deben seguir con especial constancia las medidas individuales de protección contra los mosquitos, ya que corren un mayor riesgo de enfermar gravemente.



La tos convulsa continúa sumando casos en Japón y alcanzó un nuevo récord semanal de 3.353 casos, el más alto desde que se empleó el método de encuesta actual en 2018, dijo el 8 de julio el Instituto Japonés de Seguridad Sanitaria.

Los datos preliminares también mostraron que el país registró 39.672 casos de la enfermedad, caracterizada por ataques de tos espasmódica, desde principios de año, superando los aproximadamente 4.000 reportados durante todo 2024.

Los últimos datos semanales se recopilaron del 23 al 29 de junio.

De los 3.353 casos registrados en la última semana, las mayores cifras de casos corresponden a las prefecturas de Tokio (234 casos), Saitama (229), Kanagawa (163), Ibaraki (154) y Niigata (140).

Desde principios de abril, el número de pacientes reportados por hospitales y clínicas de todo el país ha superado los 1.000 por semana, indicó el instituto.

Esta infección aguda del tracto respiratorio, altamente contagiosa, puede provocar otras complicaciones como neumonía o encefalopatía, que podrían ser letales para los bebés y otras personas.

Esta temporada se han reportado muertes o enfermedades graves de bebés. Hasta fines de junio, se confirmó la muerte de cuatro bebés de entre menos de un mes y cuatro meses de edad, en cuatro prefecturas.

Además, se han descrito casos de infección con bacterias resistentes a los medicamentos, que no son sensibles a los antibióticos utilizados anteriormente.

La Sociedad Japonesa de Pediatría instó a vacunar a los bebés rápidamente después de los dos meses de edad para evitar que los de alto riesgo desarrollen enfermedades graves.

感染症対策

百日せきにご注意ください

百日咳菌の感染によって、激しいせきの特徴とする急性の気道感染症です。

乳幼児では、激しいせきによる

無呼吸発作
チアノーゼ
けいれん
呼吸停止

に進展することがあります。

こんな症状がみられます

カタル期（約2週間持続）
かぜ症状で始まり、次第に咳の回数が増えて程度も激しくなります。

増悪期（約2～3週間持続）
発作性、けいれん性の咳が出るようになります。合併症として肺炎や脳症などもあり、乳児では注意が必要です。

回復期
激しい発作は次第に減衰し、やがて回復に向かいます。回復まで、全経過で約2～3か月かかります。

予防と対策

百日せきの予防には、生後2か月から定期接種として接種可能な結合ワクチン（DPT-IPV-Hib）等の接種が有効です。ただし、接種後年数が経過した人等での発症も見られます。マスク着用、手洗いなどの基本的な感染症対策を心がけましょう。

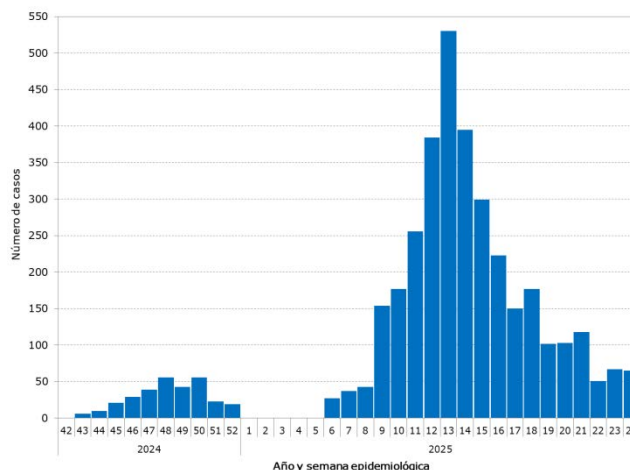
せきが続く場合は、医療機関の受診をご検討ください。

受診を迷った場合や疑問・後日の場合は、「子どもの病気」<https://kodomo-on.jp/ja/>のサイトを参照したり、「88000（こども医療相談）」にご相談ください。

詳しくは、厚生労働省ホームページをご覧ください

厚生労働省
感染症対策課 2025年3月作成

Mozambique continúa luchando contra un brote de cólera que ha afectado a cinco de sus once provincias: Nampula, Zambezia, Manica, Tete y Sofala. Desde el 13 de abril de 2025, se han notificado 1.120 nuevos casos y 10 nuevas muertes, y tres nuevas provincias se han visto afectadas: Manica, Tete y Sofala. Durante la semana epidemiológica (SE) 23, se notificaron 65 nuevos casos de cólera y una muerte en tres provincias: Nampula (41 casos), Manica (2 casos) y Sofala (22 casos, 1 muerte).



Casos notificados de cólera, según semana epidemiológica. Mozambique. De la semana epidemiológica 42 de 2024 a la 24 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Del 20 de octubre de 2024 al 8 de junio de 2025, se reportó un total acumulado de 3.912 casos con 60 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,5%) en once distritos de cinco provincias de Mozambique. La mayoría de los casos se concentran en la provincia de Nampula, que representa 87,5% (3.424) de los casos y 66,7% (40) de los fallecimientos, seguida de Zambezia (352 casos, 12 fallecimientos), Tete (89 casos, 6 fallecimientos), Manica (25 casos, 1 fallecimiento) y Sofala (22 casos, 1 fallecimiento). Hombres y mujeres se ven afectados por igual. Las personas de 15 años o más representan 61,0% del total de casos, mientras que las personas mayores representan 14,0% del total de casos.

Se ha registrado deshidratación moderada en 41,0% de los casos acumulados, mientras que 16,0% presentó deshidratación grave al ingresar. Al 8 de junio de 2025, nueve unidades de tratamiento del cólera, cuatro centros de tratamiento del cólera y tres puntos de rehidratación oral operaban a plena capacidad en las cinco provincias afectadas. Las muertes en la comunidad representan 76,7% (46 muertes) de todas las registradas, lo que revela desafíos en la detección temprana de casos y la derivación a centros de salud.

La persistente desinformación sobre el brote y su respuesta continúa limitando la eficacia general de las intervenciones comunitarias en los distritos activos. Otros desafíos incluyen la infraestructura inadecuada de agua, saneamiento e higiene (WASH), la sobrecarga del personal y las instalaciones sanitarias, agravada por desastres naturales concurrentes y otros brotes de enfermedades; fondos operativos limitados; e inestabilidad política que afecta el acceso a los servicios de salud en las zonas afectadas.

Acciones de salud pública

- Los Grupos de Tareas provinciales contra el cólera continúan coordinando las intervenciones de respuesta bajo la dirección del Ministerio de Salud de Mozambique, con el apoyo técnico de la Organización Mundial de la Salud y otros socios.
- Las actividades de vigilancia del cólera continúan, incluyendo la búsqueda activa de casos, la investigación de casos, el seguimiento continuo de los casos de diarrea acuosa aguda en los centros de salud y el mapeo de casos en las provincias afectadas.

- Continúa el establecimiento de centros de aislamiento en los distritos recientemente afectados, y se distribuyen protocolos de gestión de casos de cólera a todos los distritos de alto riesgo de la provincia de Tete.
- La sensibilización comunitaria continúa mediante visitas domiciliarias y escolares, la difusión de mensajes a través de radios locales, programas de radio sobre buenas prácticas de WASH sobre el cólera y debates televisivos sobre la desinformación sobre el cólera.
- A nivel de los centros, se han realizado sesiones diarias de concienciación sobre el cólera para familiares y cuidadores en los centros de tratamiento del cólera.
- Se ha llevado a cabo el tratamiento con cloro de los centros de abastecimiento de agua y se han distribuido botellas con purificador de agua en los distritos afectados.

Interpretación de la situación

El brote actual de cólera en Mozambique sigue siendo preocupante, ya que la mayoría de las muertes aún se producen en la comunidad. Las autoridades nacionales y los socios deben continuar implementando intervenciones específicas para controlar el brote. Se debe hacer mayor hincapié en fomentar la confianza y la sensibilización de las comunidades afectadas para fomentar la consulta temprana a los centros de salud. Con mayor urgencia, las autoridades nacionales y los socios internacionales deben seguir movilizando recursos financieros para abordar la escasez de existencias y los costos operativos, y fortalecer la vigilancia comunitaria para la detección temprana y la derivación inmediata de los casos a los centros de salud.

Como la mayoría de las mujeres que acuden al hospital de Gaza para el seguimiento de su embarazo, el rostro de Fátima Arfa parece cansado, signo de la desnutrición que sufre debido a la escasez en tiempos de guerra.

Con seis meses de embarazo, la mujer palestina desplazada desearía poder comprar ropa bonita y juguetes para el día especial en que dé a luz a un niño sano y salvo.

En lugar de eso, pasa gran parte de su tiempo buscando ayuda médica en Gaza devastada por la guerra, débil y temerosa de que la desnutrición sabotee su embarazo mientras Israel continúa con una campaña militar que ha provocado hambre generalizada entre niños y adultos y ha reducido el enclave a escombros.

La falta de todo, desde víveres hasta agua potable, ha afectado especialmente a las embarazadas de la Franja de Gaza, donde Israel tan solo alivió ligeramente su bloqueo a la entrada de ayuda humanitaria.

“Estoy en mi sexto mes y no puedo cubrir las necesidades mínimas básicas para completar este embarazo”, afirmó Arfa antes de regresar al campo improvisado, donde ella y su familia encontraron refugio tras ser desplazados de su hogar en el norte.

Anhela alimentos sencillos como leche, huevos y carne roja que podrían mejorar su salud y aumentar las posibilidades de tener un bebé sano. Pero simplemente intentar lidiar con las deficiencias es agotador y muy arriesgado bajo un bombardeo constante.

“El doctor Said me hará una transfusión de sangre porque no hay alimentos y cuando quiero comer o comprar, no puedo porque no hay nada que comer”, dijo la mujer de 34 años, con el rostro delgado y pálido.

La organización humanitaria Médicos Sin Fronteras (MSF) declaró que sus equipos en Gaza son testigos de “un aumento brusco y sin precedentes de la desnutrición aguda”, y que el número de casos en su clínica de ciudad de Gaza casi se cuadruplicó en los últimos dos meses.

“Debido a la malnutrición generalizada entre las mujeres embarazadas y a la escasez de agua y saneamiento, muchos bebés nacen prematuramente. Nuestra unidad de cuidados intensivos neonatales está muy saturada, con cuatro o cinco bebés compartiendo una sola incubadora”, explicó Joanne Perry, médico de MSF en Gaza.

Se disparan los abortos espontáneos

Fathi al-Dahdouh, obstetra del Hospital Al-Helou, donde Arfa se somete a sus revisiones, apuntó que los abortos espontáneos se dispararon desde el inicio de la guerra, en octubre de 2023.



Fátima Arafa, una mujer palestina embarazada y desplazada, se somete a un chequeo médico en el hospital Al-Helou, en la ciudad de Gaza, el 10 de julio de 2025.

“Hay entre ocho y nueve abortos al día (en ciudad de Gaza), y no sabemos si se debe a los efectos de la guerra y los materiales explosivos o a la falta de nutrición e inmunidad”, explicó.

Al-Dahdouh indicó que la guerra es especialmente dura para las mujeres embarazadas y aquellas que dieron a luz recientemente. En junio, la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA) advirtió que aproximadamente

55.000 mujeres embarazadas en Gaza enfrentan crecientes riesgos de salud, como abortos espontáneos, muerte fetal y recién nacidos desnutridos.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) advirtió en mayo que 17.000 mujeres embarazadas y lactantes de Gaza necesitarían tratamiento por desnutrición aguda en los próximos 11 meses.

La advertencia se produjo al tiempo que Israel impuso un bloqueo de la ayuda para Gaza con la esperanza de obligar a Hamás a rendirse, y solo permitió que la ayuda volviera a entrar a cuentagotas a fines de mayo.

“Llegan aquí con la tensión baja, debilidad, fatiga y agotamiento debido a la situación del país y a la falta de nutrición”, declaró al-Dahdouh.

Para Arfa, el mero hecho de acudir a sus citas médicas es todo un reto. La zona que rodea el hospital Al-Helou está relativamente intacta, pero la escasez de combustible obliga a Arfa a ir y volver a pie de su campo bajo un calor abrasador.

Una vez en su refugio –una casa dañada con lonas de plástico a modo de paredes– Fátima, su marido Zahdi y sus cuatro hijos comparten una comida que les entrega una organización benéfica.



Las embarazadas en Gaza y la falta de ayuda

Un guiso de pasta y lentejas, los únicos alimentos disponibles para la mayoría en Gaza, preparado en un fuego encendido en el suelo de la casa por falta de gas para cocinar.

Las agencias de la Organización de Naciones Unidas y las organizaciones humanitarias afirman que el volumen de ayuda que llega a Gaza sigue siendo insuficiente y que el personal sanitario trabaja en condiciones terribles.

Miles de gazatíes hambrientos, que agitan frenéticamente ollas en los puntos de recogida de alimentos, se arriesgan a sufrir violencia simplemente caminando hacia esas zonas. Los ataques aéreos israelíes pueden ocurrir en cualquier momento y la mayoría de los residentes de Gaza han sido desplazados.

El ataque de Hamás en Israel el 7 de octubre de 2023, que desencadenó la guerra, causó la muerte de 1.219 personas, en su mayoría civiles, según un recuento basado en cifras israelíes.

Al menos 57.762 palestinos, en su mayoría civiles, han muerto por la ofensiva de Israel en respuesta al ataque, según el Ministerio de Salud de Gaza, territorio gobernado por Hamás.

A primera vista, la meningitis parece tener poco en común con la gonorrea: la primera causa inflamación de los tejidos que rodean el cerebro y la médula espinal, mientras que la segunda es una infección de transmisión sexual (ITS) que provoca síntomas genitales y pélvicos. Sin embargo, dos de las especies bacterianas responsables de estas afecciones, *Neisseria meningitidis* y *Neisseria gonorrhoeae*, comparten entre 80% y 90% de sus secuencias genómicas. En los últimos años, una versión de la vacuna contra el meningococo B (MenB) ha emergido como un sorprendente recurso para la prevención de la gonorrea, y una nueva investigación podría ayudar a explicar por qué.



Neisseria gonorrhoeae

¿Por qué esto es importante?

Solo en 2020, se registraron más de 80 millones de nuevas infecciones por gonorrea en todo el mundo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si no se tratan, las infecciones pueden provocar complicaciones como enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico e infertilidad.

N. gonorrhoeae, también conocida como gonococo, se ha tratado con antibióticos desde la década de 1940. Sin embargo, el gonococo puede evolucionar rápidamente, dando lugar a nuevas cepas resistentes a los medicamentos utilizados para curarlo, como la azitromicina, la cefixima y la ceftriaxona, el único tratamiento de primera línea recomendado actualmente por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos para la gonorrea. Es preocupante que una cepa de gonococo resistente a la ceftriaxona se haya propagado internacionalmente, en Dinamarca, Francia, Japón y el Reino Unido, según la OMS.

“Estamos en la fase final de disponibilidad de antibióticos para la gonorrea”, afirmó Shamez Ladhani, consultor de enfermedades infecciosas pediátricas y epidemiólogo médico de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido. “El microorganismo es muy promiscuo. Obtiene genes de todas partes y luego desarrolla resistencia muy, muy rápidamente”.

Los científicos están explorando nuevos antibióticos, pero sin una vacuna que ayude a prevenir la infección, la humanidad seguirá atrapada en la misma carrera armamentística, intentando constantemente superar la resistencia. Hasta ahora, los esfuerzos para desarrollar una vacuna contra la gonorrea han resultado inútiles, ya que las vacunas prometedoras no han proporcionado protección en los ensayos clínicos. En este contexto, una vacuna segura, incluso con una eficacia limitada, sería una buena noticia para la salud pública.

Los antecedentes

A fines de la década de 1990 y principios de la de 2000, Nueva Zelanda experimentó una epidemia de enfermedad meningocócica causada por la cepa del grupo B de *N. meningitidis*. Para frenar la infección, el Ministerio de Salud del país lanzó el programa de inmunización MeNZB, que ofrece vacunación gratuita a cualquier persona menor de 20 años.

La campaña de salud pública, que duró entre 2004 y 2006, redujo los casos de meningitis relacionados con la cepa del grupo B. Pero la incidencia de gonorrea también disminuyó.

En 2017, un estudio retrospectivo de casos y controles comparó la incidencia de gonorrea entre quienes recibieron la vacuna MeNZB y quienes no la recibieron. Los investigadores estimaron una eficacia de 31% de la vacuna MeNZB contra la gonorrea.

La observación no se limitó a Nueva Zelanda. Canadá, Cuba y Noruega también informaron reducciones en las tasas de infección gonocócica tras las campañas de vacunación contra el MenB, y estudios realizados en Australia y Estados Unidos demostraron una eficacia similar de la vacuna contra la gonorrea.

“Se puede contraer gonorrea una y otra vez porque tiene un mecanismo que bloquea el sistema inmunitario”, afirmó el Dr. Rino Rappuoli, científico jefe de GSK Vaccines (fabricante de la vacuna contra el meningococo 4CMenB, Bexsero) y profesor de investigación de vacunas en el Imperial College de Londres. “Resultó realmente inusual que existiera una vacuna anti-meningocócica que realmente conservara la inmunidad contra la gonorrea”.

En el nuevo estudio, Rappuoli y sus colaboradores buscaron comprender la protección cruzada que generan las vacunas meningocócicas.

Diseño del estudio

Aunque existen dos tipos de vacunas contra la meningitis B disponibles en Estados Unidos, solo la vacuna 4CMenB –que ataca las vesículas de la membrana externa de la bacteria– parece proteger contra la gonorrea. El estudio reciente tuvo como objetivo identificar los anticuerpos inducidos por esta vacuna que destruyen el gonococo. Estos anticuerpos podrían utilizarse para identificar los antígenos específicos responsables de la protección cruzada.

Los investigadores recolectaron muestras de sangre de tres voluntarios que recibieron la vacuna multicomponente 4CMenB. Posteriormente, aislaron e incubaron células B de memoria activadas por la vacunación, dándoles tiempo para producir anticuerpos. Casi 400 de estos anticuerpos reconocieron al menos una cepa de gonococo y 36 de ellos la eliminaron con éxito. Los investigadores determinaron a qué antígenos se habían dirigido los anticuerpos.

Los resultados

El estudio detectó 17 anticuerpos clínicamente significativos inducidos por la vacuna contra el meningococo que eliminaron el gonococo. Nueve de estos anticuerpos reconocieron el antígeno porina B (PorB), cuatro reconocieron el antígeno lipooligosacárido (LOS) y cuatro presentaron especificidad desconocida.

Los dos antígenos identificados fueron una sorpresa. “Se sabía de su existencia, pero nunca se habían considerado buenos antígenos para vacunas”, dijo Rappuoli.

PorB es una proteína abundante en la superficie tanto del gonococo como del meningococo, pero debido a que su secuencia de aminoácidos difiere ligeramente entre ambas bacterias, no era una pieza clave antes de este estudio. Un ensayo clínico de 1985 que probó una vacuna

contra la gonorrea con un componente PorB reveló que no indujo una respuesta protectora, aunque los métodos de purificación no eran fiables en aquel momento. El meningococo y el gonococo también comparten estructuras LOS comunes, pero sus moléculas son pequeñas y no son particularmente propensas a inducir una respuesta inmunitaria. Aun así, estas proteínas se convirtieron en antígenos clave en el nuevo estudio.

Los investigadores también sometieron a 42 ratones a una prueba intravaginal de provocación con gonococos. Una semana después, solo 36% de los ratones que recibieron el anticuerpo anti-PorB más potente estaban colonizados por la bacteria, en comparación con 71% del grupo placebo y 78% del grupo control.

Las conclusiones

Considerando el pequeño tamaño de la muestra del estudio y la presencia de antígenos no identificados, es probable que PorB y LOS no revelen la historia completa. Sin embargo, estas proteínas compartidas parecen proporcionar, al menos parcialmente, una explicación mecanicista de la protección cruzada de la vacuna contra el meningococo contra la gonorrea, lo que podría orientar los enfoques de prevención y tratamiento en el futuro.

“Este tipo de estudios son muy importantes porque identificamos las proteínas que podrían utilizarse en la vacuna de próxima generación”, afirmó Ladhani, quien no participó en el estudio. “No se puede avanzar a la siguiente fase sin saber qué componentes son importantes”.

Una vacuna hipotética específica contra la gonorrea debería incorporar los antígenos PorB y LOS, previamente desatendidos, afirmó Rappuoli. Los investigadores también podrían considerar los anticuerpos anti-PorB y anti-LOS como terapias, añadió.

Y hasta entonces, la vacuna MenB podría proporcionar cierta protección.

“Tenemos una vacuna antimeningocócica que parece ofrecer un 30% de protección contra la gonorrea”, afirmó Rappuoli. “Incluso una vacuna con un 30% de eficacia es mejor que nada”, añadió, considerando que podría prevenir 24 millones de infecciones en todo el mundo cada año.

Tras un récord histórico de diagnósticos de gonorrea, el Servicio Nacional de Salud (NHS) de Inglaterra [anunció](#) recientemente sus planes de comenzar a administrar la vacuna 4CMenB a poblaciones de alto riesgo, incluyendo hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y con antecedentes recientes de múltiples parejas sexuales o una ITS. Este lanzamiento, un uso no autorizado de una vacuna autorizada contra la meningitis, será el primer programa de vacunación del mundo para prevenir la gonorrea.

Ladhani lidera este programa. “No hay que esperar la licencia porque se perderán dos, tres o cuatro años”, dijo. “Si se implementa ahora, se podrían reducir las tasas de enfermedad en un tercio. Y eso no solo ahorra recursos y dinero en atención médica, sino también en el uso de antibióticos, por lo que usamos menos antibióticos y tenemos un menor riesgo de resistencia a los mismos”.

“La falta de fondos en la lucha contra el VIH es letal”, afirma sin paños calientes Winifred “Winnie” Byanyima (Mbarara, Uganda, 66 años), directora ejecutiva del [Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida \(ONUSIDA\)](#). Acudió a la [cumbre que la Organización de Naciones Unidas \(ONU\) celebra en Sevilla](#) para reclamar una mejor financiación de la salud global y para denunciar los efectos que está teniendo el retiro de fondos de Estados Unidos. “Podríamos tener 6,6 millones de nuevas infecciones adicionales para 2029”, alertó Byanyima. Aunque no es solo una cuestión de “recaudación de fondos”, advirtió, sino de reformar el sistema, con una reestructuración de la fiscalidad y con más impuestos para los superricos, para que los países puedan generar suficientes recursos internos con los que “pagar su salud, su educación y sus servicios básicos”.



Winnie Byanyima, directora ejecutiva de ONUSIDA.

Pregunta. ¿Cómo están afectando a la lucha contra el VIH los recortes en salud global y, en concreto, los [ordenados por la Administración de Donald John Trump](#)?

Respuesta. Desde hace tiempo vemos una disminución de la financiación en el ámbito de la salud global. Pero el recorte repentino de la ayuda estadounidense fue inesperado y supuso una disrupción muy grave en la respuesta al VIH y en otras intervenciones sanitarias. En el campo del VIH, 73% de toda la asistencia externa provenía de un solo país: Estados Unidos. Así que el impacto de ese retiro ha sido devastador, sobre todo en países con alta carga del virus. La mayoría están en África y además [arrastran un enorme endeudamiento](#). Muchos de ellos están destinando cuatro o cinco veces más dinero al pago de la deuda que a la salud y además tienen que hacer frente a sequías, inundaciones y otras consecuencias del cambio climático.

Pregunta. ¿En qué se han traducido los recortes?

Respuesta. Se han cerrado clínicas, ha habido despidos masivos de trabajadores sanitarios... La semana pasada estuve en África visitando algunos centros que atienden a personas con VIH. En Soweto (Sudáfrica), por ejemplo, fui a una clínica para hombres donde el personal me decía: “Los pacientes ya no vienen, antes teníamos dos personas que iban a buscarlos a las

aldeas para evitar el estigma con el que todavía cargan los seropositivos, pero ahora han sido despedidas”. En otra clínica juvenil me contaron que, aunque aún reciben medicamentos, están caducando porque no hay quien localice a los jóvenes que los necesitan.



Pregunta. ¿Dónde se está registrando el mayor retroceso?

Respuesta. En la prevención. Muchos gobiernos han priorizado poner a las personas en tratamiento, pero en prevención no tienen recursos. Estamos viendo un aumento preocupante de nuevas infecciones. Calculamos que han pasado de 3.500 por día a 5.800 por día desde enero [tras la suspensión temporal del PEPFAR, el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida]. Si no cerramos esta brecha financiera, ya sea con aportes de los gobiernos afectados o de otros países, podríamos tener 6,6 millones de nuevas infecciones adicionales para 2029. Solo el año pasado se registraron 1,3 millones.

Pregunta. También más muertes...

Respuesta. La falta de fondos en la lucha contra el VIH es letal. Estimamos que las muertes por el virus podrían aumentar en 4,2 millones en los próximos cuatro años. El año pasado fueron unas 630.000.

Pregunta. ¿Cree que la IV Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo de Sevilla puede ayudar a revertir esta situación?

Respuesta. Esta no es solo una conferencia para recaudar fondos. Deben abrirse múltiples vías de financiación para que los países puedan generar suficientes recursos internos para pagar su salud, su educación y todos sus servicios básicos. Por un lado, pedimos que no se retiren los fondos de ayuda existentes, porque salvan vidas. Pero también reconocemos que el modelo de ayuda tradicional está en crisis. Hay que abordar temas estructurales como la deuda.

Pregunta. ¿Cómo afecta la deuda a la lucha contra el VIH?

Respuesta. Por ejemplo, en 2023, África recibió 72.000 millones de dólares en ayuda (61.145 millones de euros), pero perdió 88.000 millones por flujos financieros ilícitos, sobre todo evasión fiscal, y pagó 101.000 millones en intereses y capital de deuda. Por cada dólar que entra, salen dos o tres. Si resolvemos la crisis de deuda, se liberarían recursos cruciales para que los países en desarrollo puedan cuidar de su gente y producir sus propias medicinas de forma barata.

Pregunta. Además de la deuda, ¿qué otras medidas propone?

Respuesta. Otras dos. La primera es la reforma del sistema fiscal internacional. Tras años de lucha, por fin hay un proceso en la ONU para negociar una convención sobre cooperación fiscal global. Esa convención cerraría los vacíos legales que permiten a las grandes corporaciones, especialmente del Norte Global, evitar pagar impuestos en los países donde operan. Si logramos eso, los países en desarrollo podrían recaudar mucho más. Pero también tienen tareas pendientes en este ámbito.

Pregunta. ¿Cuáles?

Respuesta. Pueden aumentar sus ingresos si gravan a los ricos, por eso pedimos una fiscalidad progresiva. Los multimillonarios solo están pagando 0,3% de los impuestos en general, mientras usted y yo pagamos al menos 30%.

Pregunta. ¿Y la segunda medida?

Respuesta. La propiedad intelectual. Aún no tenemos una cura ni una vacuna para el VIH, pero sí contamos con muchas herramientas de prevención y tratamiento. El problema es que, cada vez que se desarrolla una nueva herramienta, debemos volver a negociar su precio. En los inicios de la epidemia, las reglas de propiedad intelectual impuestas por las farmacéuticas costaron la vida a 12 millones de personas antes de que se redujera el precio de los medicamentos de 10.000 dólares a solo 30 por persona al año. No puede ser que, por maximizar beneficios, se sigan negando tratamientos que salvan vidas.

Pregunta. ¿Se refiere a los precios de lenacapavir?

Respuesta. Es un medicamento de prevención con una eficacia de 99,9%, que protegerá a millones de chicas y mujeres jóvenes en África y en países en desarrollo. Una inyección cada seis meses las permite protegerse, porque las jóvenes no siempre pueden negociar sexo seguro ni insistir en el uso de preservativos. Lo mismo ocurre con los hombres homosexuales que son criminalizados o con las trabajadoras sexuales. Gilead [la farmacéutica que lo produce] ha puesto un precio de 28.000 dólares por persona al año en su mercado más rico, en Estados Unidos. Gracias a la presión de ONUSIDA, Gilead concedió licencias a seis empresas para que fabriquen genéricos. Pero ninguna está en América Latina, donde las infecciones están aumentando. En África, solo tiene la licencia una empresa en Egipto, pero no en Sudáfrica, donde está el mayor problema. Si conceden licencias a pequeñas empresas en cada región, avanzaremos más rápido hacia un precio más bajo.

Pregunta. ¿Cuál podría ser el precio?

Respuesta. Investigadores de la Universidad de Liverpool calcularon que lenacapavir podría producirse por solo 25 euros por persona al año si se autorizara su producción genérica y masiva. Pero Gilead está limitando las licencias y retrasando el proceso.

Pregunta. ¿La generalización del uso del lenacapavir podría eliminar el VIH?

Respuesta. Creo que sí, porque existe la posibilidad de extender su uso a lo grande y tiene una eficiencia de 99,9%, lo que permitiría detener muy rápido las nuevas infecciones. Y si se las detiene, se acabará con el sida, porque significará que se seguirán cuidando aquellos que ya son seropositivos, pero no habrá nuevas infecciones. Es una verdadera transformación. En un par de años podríamos estar más cerca que nunca de acabar con la enfermedad.

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

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

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.