

ARGENTINA

- Santa Fe: Brote de fiebre Q en trabajadores de un frigorífico de Helvecia
- Situación epidemiológica de la bronquiolitis en menores de 2 años

AMÉRICA

- Hepatitis aguda grave de causa desconocida en niños
- América Latina: Características clínicas y epidemiológicas de mortalidad materna vinculada a COVID-19

- Cuba: Descartan cólera en brote de infecciones gastrointestinales en Pinar del Río
- Estados Unidos: Primer caso del año de infección por el virus Powassan en Connecticut
- Honduras: Se registran más de 1.700 casos de dengue en Tegucigalpa

EL MUNDO

- China: La OMS califica la política “cero COVID” como “insostenible”

- España: Durante las primeras olas de la pandemia de COVID-19 se diagnosticaron en Barcelona menos casos de VIH, pero más graves
- Nigeria: Situación epidemiológica de la viruela símica
- Sudán del Sur: Declararon un nuevo brote de cólera
- Zimbabwe: Un brote de sarampión ya causó 14 muertes
- La influenza estacional moderna desciende directamente de la cepa pandémica de 1918
- ¿Se podría haber evitado el 98% de las muertes causadas por la COVID-19?

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

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

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.



Ministerio de Salud
Argentina

SANTA FE

BROTE DE FIEBRE Q EN TRABAJADORES
DE UN FRIGORÍFICO DE HELVECIA

10/05/2022

En ocasión de haber recibido la notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de un nuevo brote de fiebre Q en un establecimiento frigorífico de la provincia de Santa Fe, el Ministerio de Salud de Argentina actualizó la situación epidemiológica con el propósito de difundir las medidas de prevención, fortalecer las capacidades de los equipos de salud para sospechar la enfermedad permitiendo un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado de los casos, así como las acciones de investigación y control de brotes.

Situación actual

El 8 de febrero de 2022, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una comunicación epidemiológica a raíz del primer brote de fiebre Q reportado al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud por parte de la provincia de Entre Ríos, ocurrido en la semana epidemiológica (SE) 45 de 2021.

En la SE 5 de 2022 se presentaron seis casos de síndrome febril inespecífico en trabajadores de un frigorífico de la localidad de Helvecia, ciudad cabecera del departamento Garay, ubicada a 94 km al norte de la ciudad de Santa Fe.

Por presentar clínica y epidemiología compatible, se sospechó la infección por fiebre Q. Se estudiaron como diagnósticos diferenciales COVID-19, leptospirosis, hantavirus, brucelosis y dengue, siendo todos descartados.

Se realizaron acciones en el ámbito local que consistieron en la visita al frigorífico con el objetivo de inspeccionar las condiciones laborales y sensibilizar a los trabajadores y empleadores sobre la prevención y control de la enfermedad. Además, se mantuvo una reunión con las autoridades comunales y con el equipo de salud local. Se realizó la búsqueda activa de casos.

Entre las SE 5 y 7 fue estudiado un total de 25 casos, de los cuales 20 presentaron síntomas compatibles con fiebre Q, y cinco fueron investigados por presentar la misma epidemiología y condiciones de riesgo de salud para fiebre Q crónica. Tres pacientes presentaron compromiso pulmonar, requiriendo internación dos de ellos. Todos fueron tratados con antimicrobianos específicos, evolucionando favorablemente. Se derivaron las muestras al laboratorio de referencia, el Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS).

De la totalidad de las muestras estudiadas se confirmaron por laboratorio 20 casos de fiebre Q, todos pacientes masculinos y con edades comprendidas entre 23 y 43 años.

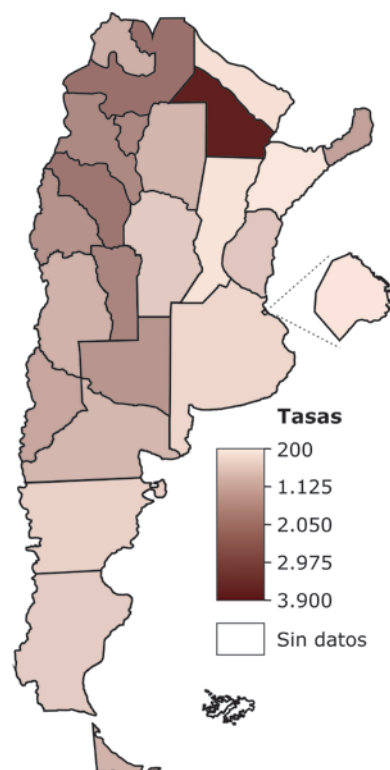
Asimismo, cinco pacientes no cumplieron con los criterios diagnósticos de laboratorio y fueron descartados. Se trataba además de personas asintomáticas que compartían la misma exposición laboral de los casos sintomáticos.

Entre los trabajadores afectados, los síntomas más frecuentes fueron: fiebre, mialgias, artralgias, síntomas abdominales y tos.

La fiebre Q es una zoonosis de distribución mundial de la que se desconoce su prevalencia en Argentina. Los trabajadores rurales, veterinarios y ganaderos constituyen las principales poblaciones de riesgo. La fiebre Q puede causar diferentes manifestaciones clínicas, desde formas asintomáticas hasta cuadros clínicos de diferente gravedad. Las personas que presentan enfermedad grave pueden presentar neumonía o hepatitis. Las mujeres que se infectan durante el embarazo pueden estar en riesgo de aborto espontáneo o parto prematuro. En un bajo porcentaje puede presentarse la forma crónica de fiebre Q, meses o años después de la infección inicial, que generalmente se manifiesta como endocarditis o hepatitis granulomatosa.

Las personas se pueden infectar al inhalar el polvo contaminado por las heces, la orina, la leche y los tejidos placentarios y líquidos durante el parto y abortos, que contienen la bacteria *Coxiella burnetii*. Otras vías de transmisión son el consumo de productos lácteos no pasteurizados que estén contaminados. También puede haber contaminación por contacto directo con animales infectados y otros materiales contaminados como lana, paja, ropa. Muy raras veces, la fiebre Q se ha transmitido de persona a persona (parto, lactancia materna, contacto sexual y por vía transplacentaria). Por último, se han registrado casos por picaduras de garrapatas.

Provincia/Región	2014/2019		2021		2022	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	12.098	2.297,88	76	94,05	201	252,37
Buenos Aires	74.695	2.172,30	3.476	623,89	3.172	571,87
Córdoba	9.201	1.297,80	466	395,12	929	788,76
Entre Ríos	5.263	1.975,10	294	665,44	373	846,25
Santa Fe	5.622	871,52	576	542,94	325	307,67
Centro	106.879	1.913,50	4.888	539,41	5.000	554,44
Mendoza	5.796	1.437,70	539	817,44	823	1.254,04
San Juan	8.228	5.123,61	526	1.963,26	507	1.892,51
San Luis	1.417	1.446,30	136	821,30	358	2.157,81
Cuyo	15.441	2.333,51	1.201	1.098,92	1.688	1.548,50
Chaco	10.301	3.781,07	1.072	2.406,63	1.683	3.803,26
Corrientes	3.681	1.501,40	116	289,26	91	228,67
Formosa	5.548	4.020,15	105	466,47	78	349,20
Misiones	5.503	1.892,11	315	663,42	748	1.582,90
Noreste Argentino	25.033	2.644,93	1.608	1.039,86	2.600	1.692,29
Catamarca	1.352	1.634,61	66	481,53	284	2.079,71
Jujuy	7.454	4.640,44	189	710,12	342	1.288,72
La Rioja	1.620	2.066,85	260	1.945,14	322	2.406,35
Salta	15.959	4.834,05	796	1.464,90	1.367	2.524,47
Santiago del Estero	13.748	6.389,62	509	1.406,62	429	1.187,01
Tucumán	13.018	3.602,82	591	986,44	1.250	2.091,22
Noroeste Argentino	53.151	4.327,03	2.411	1.181,14	3.994	1.961,30
Chubut	1.457	1.196,96	53	255,79	135	665,65
La Pampa	1.149	1.751,76	100	920,56	197	1.816,17
Neuquén	2.304	1.678,08	159	714,70	327	1.476,76
Río Negro	2.730	1.895,32	170	710,91	274	1.147,74
Santa Cruz	1.587	2.077,50	27	205,20	102	769,46
Tierra del Fuego	632	1.927,77	13	223,18	73	1.233,73
Sur	9.859	1.706,21	522	539,67	1.108	1.150,37
Total Argentina	210.363	2.337,40	10.630	722,67	14.390	982,64



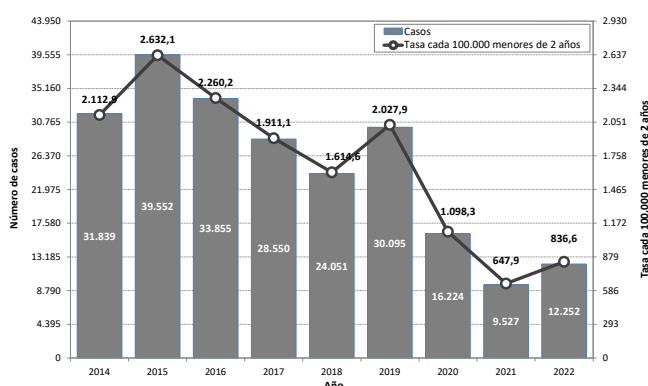
Casos notificados y tasa de notificación de bronquiolitis cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014/2019, 2021 y 2022, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Tasa de notificación de bronquiolitis cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Año 2022, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2022, hasta la semana epidemiológica (SE) 14, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 14.390 casos. La tasa de incidencia de este período es 35,98% mayor que la correspondiente a igual intervalo de 2021. Seis provincias presentan una menor incidencia que en igual periodo del año 2021: Buenos Aires, Corrientes, Formosa, San Juan, Santa Fe y Santiago del Estero.

Asimismo, la incidencia del año 2022, hasta la SE 14, equivale a 42,04% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Cinco provincias presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: Catamarca, Chaco, La Pampa, La Rioja y San Luis.

En base a los datos de las primeras 14 SE de los últimos nueve años, se observa un pico en el año 2015, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, aunque con un repunte en 2019, y otro más moderado en 2022.



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 menores de 2 años. Argentina. Años 2014-2022, hasta semana epidemiológica 14. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



HEPATITIS AGUDA GRAVE DE CAUSA DESCONOCIDA EN NIÑOS

10/05/2022

La presente Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) actualizó los informes publicados el 23 de abril y el 29 de abril de 2022 respecto de los casos de hepatitis aguda grave de causa desconocida en niños.

El evento fue notificado por primera vez el 5 de abril de 2022 por el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional de Reino Unido, que informó sobre la ocurrencia de 10 casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños pequeños previamente sanos (rango de edad: 11 meses a cinco años) en Escocia. Hasta la fecha, se han notificado 348 casos probables en 21 países, incluyendo 26 niños que requirieron trasplante hepático. Quince países han informado cinco o menos casos.

La información actualmente disponible para la OMS sobre epidemiología, laboratorio y clínica es limitada y hasta el momento no se ha identificado ningún agente etiológico como causante del evento. En muchos casos se ha detectado la presencia de adenovirus en sangre o plasma, pero con cargas virales bajas. No se ha determinado la presencia de este agente en las muestras de tejido hepático de los pacientes analizados, por lo que pudiera tratarse de un factor coincidente más que causal.

La OPS/OMS junto con los países afectados está colectando datos y realizando varios estudios. Se prevé que en las próximas semanas se cuente con más evidencia que determine la etiología y que con base en ello se emitan recomendaciones de prevención, tratamiento y control. En esta etapa de investigación, la alta calidad de datos de unos pocos casos en los cuales se han descartado otras causas y se ha colectado una vasta información clínica, epidemiológica, ambiental y de laboratorio, es un mejor uso de los recursos. Por esa razón, la OPS/OMS en este momento no está haciendo un llamado para la vigilancia universal. Esta orientación puede cambiar en la medida que se cuente con informaciones adicionales y/o se determine el agente etiológico.

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros a identificar e investigar los casos potenciales que se ajusten a la definición actual operativa de caso. De conformidad con el Artículo 8 del Reglamento Sanitario Internacional (2005), los Estados Parte pueden mantener a la OMS al corriente de la situación por conducto de los Centros Nacionales de Enlace para el RSI, sobre información epidemiológica y factores de riesgo de los casos que pudieran haber identificado.

Desde que se informó el primer brote de COVID-19 en diciembre de 2019 en Wuhan, China, la enfermedad se ha propagado rápidamente en todo el mundo, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional el 30 de enero de 2020. Hasta el 10 de mayo de 2022, se habían reportado más de 515 millones de infecciones y 6,2 millones de muertes por COVID-19 en todo el mundo.

Las mujeres embarazadas y en posparto generalmente son más susceptibles a desarrollar infecciones virales graves debido a las adaptaciones fisiológicas que ocurren durante el embarazo. En epidemias anteriores del síndrome respiratorio agudo severo y del síndrome respiratorio de Medio Oriente, las mujeres embarazadas presentaban tasas de letalidad más altas y más complicaciones que las no embarazadas.

Según los datos de los primeros cinco meses de la pandemia de COVID-19, algunos informes sugirieron que las mujeres embarazadas no corrían un mayor riesgo de resultados adversos significativos en las infecciones por SARS-CoV-2. Además, las tasas de mortalidad materna debidas al SARS-CoV-2 parecen haberse mantenido, al menos inicialmente, en línea con los niveles previos a la pandemia, siendo el curso de la enfermedad principalmente benigno.

A diferencia de esos primeros estudios, un análisis posterior reveló que las mujeres embarazadas infectadas tenían más probabilidades de ser admitidas en cuidados intensivos, recibir ventilación invasiva, tratamiento de oxigenación por membrana extracorpórea y morir en comparación con las mujeres no embarazadas en edad reproductiva.

Actualmente, de los pocos estudios provenientes de países de ingresos bajos y medianos que comparan los niveles y las tendencias de la mortalidad materna, antes y durante la pandemia de COVID-19, se encontró un aumento de las muertes maternas. Hay dos vías hipotéticas por las cuales los niveles de mortalidad materna podrían cambiar: ya sea por el agravamiento de la infección por SARS-CoV-2 debido al estado de embarazo o por interrupciones en el acceso a los servicios de maternidad.

A partir de fines de marzo de 2021, varios países de las Américas informaron un número considerable de muertes maternas relacionadas con la COVID-19. Una instantánea parcial de la situación en América Latina al 15 de junio de 2020 mostró más de 100 muertes maternas relacionadas con COVID-19 de un total de 2.291 mujeres embarazadas que dieron positivo para SARS-CoV-2 de seis países de la Región.

Identificar las características que pueden conducir a la muerte es fundamental en las mujeres embarazadas y puérperas con COVID-19. Por lo tanto, el [estudio](#) tuvo como objetivo describir y analizar las características clínicas y epidemiológicas de las muertes maternas asociadas a COVID-19 registradas en una base de datos colaborativa multipaís de América Latina.

Se trató de un estudio observacional implementado del 1 de marzo de 2020 al 29 de noviembre de 2021 en ocho países de América Latina: Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana.

Los principales resultados fueron los siguientes:

- Se identificó un total de 447 muertes. Alrededor de 90% de todos los casos registraba una causa de muerte identificada relacionada con insuficiencia respiratoria aguda después de una infección grave por COVID-19.
- La mediana de edad materna fue de 31 años. Alrededor de una cuarta parte tenían 35 años o más.
- Alrededor de la mitad de las mujeres embarazadas que fallecieron eran obesas.
- El 86,4% de las mujeres se infectaron antes del parto, y la mayoría de los casos (60,3%) se detectaron en el tercer trimestre del embarazo.
- Los síntomas más frecuentes en la primera consulta e ingreso fueron disnea (73,0%), fiebre (69,0%) y tos (59,0%).
- Se informó disfunción orgánica en 90,4% de las mujeres durante el ingreso. Un total de 64,8% de mujeres ingresaron en cuidados intensivos durante una mediana de ocho días. El 35% de las muertes maternas asociadas con COVID-19 no fueron ingresadas en cuidados críticos.
- En la mayoría de los casos, la muerte ocurrió durante el puerperio, con una mediana de siete días entre el parto y la muerte.
- El parto pretérmino fue la complicación perinatal más común (76,9%) y 59,9% fueron de bajo peso al nacer.

El estudio proporciona información valiosa sobre la presentación de la mortalidad materna asociada con COVID-19 entre las mujeres de América Latina. Se detectaron barreras de salud que enfrentan las mujeres embarazadas de la Región para acceder a los servicios de cuidados intensivos. Los tomadores de decisiones deben fortalecer la conciencia de la gravedad y las estrategias de derivación para evitar posibles retrasos en la atención de las pacientes obstétricas.

La recomendación es aumentar la capacidad de atención de pacientes maternas graves en los países de América Latina, especialmente definiendo protocolos y ampliando las camas de cuidados críticos de acuerdo con las necesidades de cada país.

El Centro de Higiene, Epidemiología y Microbiología de Pinar del Río descartó que existan casos de cólera asociados al brote de infecciones gastrointestinales por transmisión hídrica originado en el consejo popular Hermanos Cruz, de la capital provincial.

El Dr. Andrés Villar Bahamonde, director de la institución, afirmó que todos los pacientes estudiados hasta el momento han resultado negativos a los test de cólera, lo cual es una señal positiva en medio de la compleja situación que ha vivido la población de esta parte de Vueltabajo durante los primeros días de mayo.

El especialista explicó que las lluvias registradas en el territorio, luego de varios meses de sequía, produjeron inundaciones y la contaminación de cisternas en el consejo popular Hermanos Cruz, y de ello se derivó un brote de enfermedades diarreicas entre sus habitantes.

No obstante, señaló que los muestreos realizados al agua que se recibe en esta parte de la capital pinareña (la cual es abastecida por la conductora de 36 pulgadas) arrojaron muy bajos niveles de cloro, lo cual contribuyó a empeorar las cosas.

Tal es así que, en otros sitios de la ciudad donde también llovió intensamente, no se ha registrado esta situación.

Entre los síntomas principales de las decenas de personas atendidas en consultorios, el policlínico de esta área de Salud y el hospital pediátrico, se incluyen diarrea, vómitos, cólicos abdominales y fiebre, precisó el especialista, y reconoció que la cifra de contagiados que no han acudido al médico pudiera ser mucho mayor.

Ante esa situación, informó que se había paralizado el bombeo de agua de la conductora de 36 pulgadas, para dar mantenimiento al sistema de cloración, y se procedió a la limpieza de cisternas.

Se ha indicado a la población la necesidad de hervir el agua antes de consumirla y tratarla con hipoclorito al 1%.



El Departamento de Salud Pública (DPH) de Connecticut anunció el 4 de mayo que un residente del estado dio positivo para la infección por el virus Powassan. Este es el primer caso identificado en Connecticut en 2022. Entre 2017 y 2021, se informaron 12 casos de la enfermedad en el estado, incluidos tres en 2021. De esos 12 casos entre 2017 y 2021, dos fueron fatales.

El paciente, un hombre de entre 50 y 59 años, es residente de Windham y enfermó durante la cuarta semana de marzo. Pruebas de laboratorio realizadas en el Laboratorio de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades en Ft. Collins, Colorado, confirmó la presencia de anticuerpos contra el virus Powassan. El paciente fue hospitalizado con una enfermedad del sistema nervioso central y presentaba una picadura de garrapata. Ya ha sido dado de alta y se recupera en su domicilio.

"La identificación de un residente de Connecticut con una enfermedad asociada con el virus Powassan enfatiza la necesidad de tomar medidas para prevenir las picaduras de garrapatas desde ahora hasta fines del otoño", dijo la comisionada del DPH, Manisha Juthani. "Usar repelente de insectos, evitar las áreas donde es probable que haya garrapatas y controlar cuidadosamente si hay garrapatas después de estar al aire libre puede reducir la posibilidad de infectarse con este virus".

Juthani agregó que el virus Powassan generalmente se transmite a través de la picadura de una garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) infectada. Se tarda de una semana a un mes después de la picadura para desarrollar síntomas de la enfermedad, y el virus se puede transmitir en tan solo 15 minutos después de que la garrapata se adhiere por primera vez.

Si bien es probable que la mayoría de las personas infectadas con el virus Powassan no experimenten síntomas o presenten una enfermedad leve similar a la influenza, algunas desarrollan una enfermedad grave que afectará el sistema nervioso central. Aproximadamente uno de cada 10 casos de enfermedad grave es fatal y aproximadamente la mitad de los sobrevivientes experimentan problemas de salud a largo plazo. Los casos graves pueden comenzar con fiebre, vómitos, dolor de cabeza o debilidad y progresar rápidamente a confusión, pérdida de coordinación, dificultad para hablar o convulsiones. No existe una vacuna ni un tratamiento específico para la enfermedad asociada al virus Powassan. La enfermedad grave se trata con terapia de apoyo que puede incluir hospitalización, soporte respiratorio e hidratación.

Esta es la época del año en que las garrapatas están activas y comienzan a ocurrir casos de infección por el virus Powassan, como ocurrió en este caso. La transmisión del virus está activa en Connecticut nuevamente en 2022, como lo ha estado en los últimos años. Se han notificado casos de infección todos los años en los últimos tiempos en uno o más de los estados del Este, Noreste o Medio Oeste de Estados Unidos, incluido Connecticut. Un punto importante de este informe es que el virus puede transmitirse rápidamente a los humanos poco tiempo después de la picadura de una garrapata patas negras (*Ixodes scapularis*) infectada. En áreas donde esta garrapata es común, inspeccionar su presencia y una rápida eliminación son importantes.

Las garrapatas se infectan cuando se alimentan de marmotas, ardillas, ratones patas blancas u otros roedores que tienen el virus en la sangre. Las garrapatas infectadas pueden transmitir el virus a las personas y otros animales al picarlos. Las personas no desarrollan niveles lo suficientemente altos del virus en la sangre como para infectar a las garrapatas que las pican. Como resultado, las personas son consideradas anfitriones "sin salida" para el virus Powassan. No existe una vacuna para el virus, por lo que evitar las picaduras de garrapatas es la única medida preventiva.

Un total de 1.700 casos de dengue y 21 de dengue grave se registran en Tegucigalpa, la capital de Honduras, por lo que el llamado es a la población a evitar que los casos sigan en aumento.

La jefa de la Región Metropolitana del Distrito Central, Sonia Maribel Amaya Reyes indicó que los técnicos de salud ambiental están realizando los operativos para contrarrestar la enfermedad.

Señaló que la población infantil es la más afectada, por lo que los padres de familia deben hacer las limpiezas correspondientes en pilas y patios para que no se acumulen los casos.

Añadió que han tenido reuniones con representantes municipales para tomar medidas antes que se declare una epidemia por causa de la enfermedad.

Por su parte, el Dr. Pablo Valerio, director del Centro de salud de la colonia Villanueva en esta capital, también reportó 11 casos de dengue en las últimas horas.

Sostuvo que la región metropolitana se encuentra en zona de alerta ante los casos de dengue que se registran en la capital.

Agregó que ese sector es uno de los más afectados con la enfermedad, por lo que se están interviniendo las viviendas y fumigando las zonas.

Indicó que se espera que los casos sigan en aumento ante las lluvias que se han registrado. Los casos se registran en menores y adultos.



CHINA

LA OMS CALIFICA LA POLÍTICA
"CERO COVID" COMO "INSOSTENIBLE"

11/05/2022

El director de la Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó la actual política anti-COVID-19 de China, conocida comúnmente como "cero COVID", de "insostenible".

Tedros Adhanom Ghebreyesus, jefe máximo del organismo internacional, aseguró que había expresado su postura a las autoridades del gigante asiático y agregó creer que "un cambio en la política anti-COVID-19 de China sería bastante importante".



"Cuando hablamos de la estrategia de cero COVID, no creemos que sea sostenible teniendo en cuenta el comportamiento del virus hoy y lo que anticipamos para el futuro", dijo el oficial.

"Hemos discutido el asunto con expertos chinos. Y les hemos indicado que la política de cero COVID no será sostenible. Creo que un cambio sería bastante importante", agregó.

A diferencia de muchos otros países, China está siguiendo una estrategia de cero COVID con el objetivo de erradicar el virus del país por completo.

Bajo las medidas para alcanzar dicho objetivo, las autoridades mantienen a los ciudadanos bajo estrictas cuarentenas buscando evitar la propagación del virus. Casi 25 millones de personas permanecen encerradas en sus hogares en la ciudad de Shanghai.

La prolongación de las medidas, a su vez, ha desencadenado algunas protestas por parte de la población en la ciudad, algo poco común bajo el estricto gobierno comunista del gigante asiático.

Balance

El director de emergencias de la OMS, Michael Joseph Ryan, agregó que las autoridades de salud deben tener en cuenta el impacto que puede tener una política de cero COVID en los derechos humanos de la población.

"Siempre hemos dicho como OMS que debemos balancear las medidas de control frente al impacto que tienen en la sociedad, en la economía, y ese balance no siempre es fácil de lograr", dijo Ryan.

Además, resaltó que el número total de fallecidos reportados por China desde el comienzo de la pandemia, 15.000, es "relativamente bajo" cuando se compara con casi un millón de muertes en Estados Unidos, 664.000 en Brasil y más de 524.000 en India.

Para la líder técnica de la OMS para la respuesta a la COVID-19, Maria Van Kerkhove, actualmente es imposible frenar completamente la transmisión del virus.



"Nuestro objetivo, a nivel global, no es el de encontrar todos los casos y frenar todas las transmisiones. Realmente no es posible en este momento".

"Pero lo que debemos hacer es bajar los niveles de transmisión dado a que el virus está circulando a este nivel tan intenso", agregó Van Kerkhove.

Las medidas cero COVID de China han sido criticadas por científicos y ciudadanos, en momentos en que una gran mayoría de naciones ha empezado una lenta transición hacia la vida antes de la pandemia.

La réplica de China

China calificó el 11 de mayo de "irresponsable" al director general de la OMS al afirmar que la política de cero COVID "es insostenible".

"Esta estrategia ha garantizado la salud de 1.400 millones de personas y protegido a grupos vulnerables. Ha hecho de China uno de los países que mejor han logrado contener la COVID-19", aseguró el portavoz del Ministerio de Exteriores chino, Zhao Lijian.

"Esperamos que las personas en cuestión puedan ver las políticas anti-COVID-19 de China de una manera objetiva y racional. Tienen que conocer mejor los hechos y dejar de hacer comentarios irresponsables", agregó.

El portavoz afirmó igualmente que la estrategia china "va evolucionando de acuerdo con la situación" y que es "diferente" a la de otros países que han apostado por convivir con el virus y por la inmunidad de rebaño.

Tedros fue censurado el 11 de mayo en las redes sociales chinas. Los vídeos con sus declaraciones fueron recogidos por las redes sociales chinas como Sina Weibo, equivalente a Twitter (bloqueado en China), o por la aplicación de mensajería instantánea Wechat, desde donde se compartieron masivamente hasta que los censores las eliminaron por completo.

El pasado 6 de mayo, el presidente de China, Xi Jinping, afirmó que "las medidas para atajar los rebotes resistirán la prueba del tiempo" y exhortó a "luchar contra cualquier intento de distorsionar, cuestionar o retar" esta política.

Según el último recuento oficial de las autoridades sanitarias publicado hoy, China notificó siete nuevas muertes a causa de la COVID-19 y 324 nuevos positivos, 302 de ellos locales.

Un estudio reciente concluyó que la reducción de las atenciones presenciales sobre seguimiento y prevención en el mayor hospital español con atención a personas con el VIH –el Hospital Clínic de Barcelona– producto de los confinamientos y las restricciones en la movilidad como consecuencia de la pandemia de COVID-19, se asociaron durante el periodo comprendido entre 2019 y 2020 a un aumento de los casos de clamidiosis y gonorrea y a una reducción de 28% de los diagnósticos de infección por el VIH. Sin embargo, dicha disminución de diagnósticos del VIH no constituye una buena noticia, ya que estos se diagnosticaron en fases más avanzadas que en el año previo, lo que apunta a que el VIH se infradiagnosticó por motivo de las restricciones implementadas para frenar la propagación del SARS-CoV-2.

A los inicios de la pandemia por COVID-19, España fue de los primeros países más afectados, lo que llevó a un confinamiento que se alargó desde marzo de 2020 hasta junio de ese mismo año. Las sucesivas olas se asociaron a confinamientos intermitentes de mayor o menor intensidad hasta mayo de 2021.

De forma similar a otros países, en España los confinamientos, las restricciones para frenar la propagación del SARS-CoV-2 y la adaptación del sistema sanitario a la pandemia se tradujeron en medidas que limitaban el acceso a los servicios sanitarios y especialmente a la atención presencial (llevando a la realización de muchas visitas por vía telefónica o telemática). En las fases más duras del confinamiento se establecieron incluso sistemas de envío de la medicación antirretroviral para evitar la acumulación de personas en las farmacias hospitalarias.

Teniendo en cuenta todas estas circunstancias, los autores del estudio trataron de averiguar como todos dichos cambios podrían haber repercutido sobre la prevención, el diagnóstico y la atención de la infección por el VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) tales como gonorrea, clamidiosis, sífilis y hepatitis virales.

El Hospital Clínic de Barcelona, donde se realizó el presente estudio, atiende a más de 6.000 personas con el VIH. Los investigadores analizaron de forma retrospectiva los registros clínicos de marzo a diciembre de 2020 y los compararon con los del mismo periodo del año anterior.

En 2020 las visitas de personas con el VIH disminuyeron en 25% respecto de 2019, incluso teniendo en cuenta que 40% de dichas visitas se realizaron de forma no presencial. Las visitas encaminadas a recibir profilaxis postexposición disminuyeron en 45% entre los dos periodos comparados. Aunque en el caso de la profilaxis preexposición (PrEP) no fue posible comparar datos –por haberse autorizado su financiación pública en España a finales de 2019–, sí que se observó una interrupción de la tendencia ascendente de su uso que se había observado tras la aprobación.

Otros datos también sugieren que los confinamientos y la adaptación del sistema sanitario al contexto de la COVID-19 limitaron la atención del resto de patologías. Así, los tests de glucosa y colesterol disminuyeron en 10% entre 2019 y 2020. En el contexto del VIH se redujeron los cambios de tratamiento antirretroviral en 10%, probablemente consecuencia de visitas más rápidas y menos orientadas a contemplar cambios de tratamiento para mejorar la calidad de vida o un control más adecuado de la infección.

A pesar del menor acceso a la atención hospitalaria, el número de pruebas de carga viral del VIH se mantuvo estable, lo que indica que se trata de una determinación básica en el contexto de la atención del VIH. En la misma línea, el número de personas con carga viral detectable se mantuvo estable entre 2019 y 2020.

Los nuevos diagnósticos de infección por el VIH pasaron de 199 en 2019 a 143 en 2020 (una disminución de 28%). Sin embargo, dichos diagnósticos tuvieron lugar con menores niveles de CD4, lo que apuntaría a un infradiagnóstico y a una menor tasa de diagnóstico precoz. Así, mientras en 2019 el recuento de CD4 promedio tras el diagnóstico era de 370 células/mm³, en 2020 dicho promedio tras el diagnóstico era de 305 células/mm³.

Los investigadores no hallaron disminuciones significativas en las pruebas de cribado del VIH u otras ITS. De hecho, las pruebas de cribado de gonorrea y clamidiosis aumentaron en más de 10% y sus tasas de diagnóstico aumentaron en casi 40% entre 2019 y 2020. Este último punto indicaría que la actividad sexual no se redujo y, por tanto, que probablemente quedaron numerosas nuevas infecciones causadas por el VIH por aflorar.

Las personas con el VIH también experimentaron, en el presente estudio, mayores tasas de mortalidad en 2020 que en 2019 (pasaron de 11 fallecimientos en 2019 a 29 en 2020). Once de los fallecimientos de 2020 fueron por causa de la COVID-19. De forma contraria, los ingresos hospitalarios de personas con el VIH disminuyeron en 12% entre 2019 y 2020.

En resumen, el presente estudio apunta a que los confinamientos y la adaptación del sistema sanitario a la COVID-19 habrían alterado la atención de las personas con el VIH y la de aquellas sin el VIH candidatas a recibir la PrEP. Aunque afortunadamente ello no se tradujo en problemas de control del VIH en los ya infectados o en un crecimiento desbocado de las nuevas infecciones, sí que se observó cierto retraso diagnóstico que deberá ser validado y monitorizado en futuros estudios.



Desde septiembre de 2017, Nigeria ha seguido notificando casos esporádicos de viruela símica. El Grupo de Trabajo Técnico Nacional para viruela símica ha estado monitoreando los casos y fortaleciendo la capacidad de preparación y respuesta.

Se informó un total de 46 casos sospechosos entre el 1 de enero y el 30 de abril de 2022. De los casos sospechosos, 15 fueron confirmados en siete estados: Adamawa (3 casos), Lagos (3), Cross River (2), Delta (2), Kano (2), Territorio de la Capital Federal (2) e Imo (1), pero no se ha registrado ninguna muerte.

Los diez nuevos casos sospechosos registrados en abril de 2022 se informaron en siete estados: Bayelsa (3), Lagos (2), Delta (1), Edo (1), Kano (1), Ogun (1) y Territorio de la Capital Federal (1).

Los cinco nuevos casos positivos registrados en abril de 2022 se confirmaron en cuatro estados: Lagos (2), Delta (1), Kano (1) y Territorio de la Capital Federal (1).

Desde septiembre de 2017 hasta el 30 de abril de 2022, se han notificado un total de 558 casos sospechosos en 32 estados del país. Los que más casos registraron son Rivers (52), Bayelsa (43), Lagos (33), Delta (31), Cross River (16) y Edo (10).

Entre septiembre de 2017 y el 30 de abril de 2022, se ha registrado un total de ocho muertes (tasa de letalidad de 3,3%) en seis estados: Edo (2), Lagos (2), Imo (1), Cross River (1), Rivers (1) y Territorio de la Capital Federal (1).

El virus de la viruela símica continúa transmitiéndose a las personas en Nigeria. Los casos esporádicos de la enfermedad se han distribuido ampliamente en varios estados de Nigeria.

El informe no menciona cuántos casos de viruela símica se contrajeron de reservorios silvestres o cuántos se debieron al contacto con personas infectadas. La prevención de infecciones por el virus de la viruela símica no será posible sin conocer la fuente de infección y la localidad donde se produjeron. Queda la pregunta sobre la fuente de estas infecciones recientes.

Los monos no son los reservorios del virus, a pesar del nombre que ha recibido. Los estudios de prevalencia del virus en poblaciones de roedores hospedadores no se mencionan en este informe. Se sospecha que los principales reservorios son los roedores, incluidas las ardillas listadas africanas (*Funisciurus* spp., roedores arbóreos) y los roedores terrestres de los géneros *Crictomys* y *Graphiurus*. Detener el comercio de carne de animales silvestres y el consumo de animales salvajes para detener la exposición al virus de la viruela símica será cultural y económicamente difícil, por lo que se puede esperar que continúen los casos. Recientemente se ha desarrollado una vacuna que se espera que sea eficaz contra la enfermedad, pero decidir dónde montar una campaña en esta amplia área geográfica sería todo un desafío.

No se menciona el clado del virus viruela símica involucrado en estos casos. El clado del virus de la viruela símica de la cuenca del Congo causa una enfermedad más grave en humanos, con una tasa de letalidad de 10-17%, mientras que el clado de Ghana causa pocas muertes. La tasa de letalidad reportada en Nigeria es comparativamente baja.

El Ministerio de Salud de Sudán del Sur declaró el 8 de mayo un brote de cólera tras la confirmación de ocho casos en el condado de Rubkona, en el estado de Unity.

El ministerio dijo que la medida se implementó tras las pruebas realizadas por el Laboratorio Nacional de Salud Pública en Juba que confirmaron el brote.

“Se insta al público a no entrar en pánico, sino a mantener la calma y observar todas las medidas de precaución para prevenir la transmisión comunitaria y la propagación en poblaciones con acceso inadecuado a agua potable segura, higiene personal deficiente y acceso inadecuado a instalaciones de saneamiento mejoradas”, dijo el ministerio en un comunicado emitido en Juba, la capital de Sudán del Sur.

Hasta el momento, se ha informado un total de 31 casos, incluida una muerte, en la ciudad de Rubkona y el campamento de desplazados internos de Bentiu.

El ministerio dijo que los casos confirmados presentaron diarrea acuosa, vómitos y deshidratación y fueron admitidos y manejados en el hospital de protección de civiles de Médicos Sin Fronteras en Bentiu, y señaló que todos los casos han sido dados de alta.

El ministerio informó un caso confirmado de cólera en el campo de desplazados internos de Bentiu el 14 de abril y el último es el primer caso de cólera que se informa en Sudán del Sur desde el devastador brote de cólera en 2017, que afectó a más de 28.000 personas con 644 muertes.

El ministerio dijo que luego de la confirmación del caso inicial el 14 de abril, con el apoyo de los socios, desplegó un equipo de respuesta rápida del 22 al 29 de abril para investigar las causas y apoyar la respuesta a nivel estatal. Y también se han desplegado suministros adecuados para apoyar la investigación y el tratamiento de casos en el condado de Rubkona.

Según el ministerio, el gobierno, con el apoyo de sus socios, realizó dos rondas de vacunación oral contra el cólera en el condado de Rubkona en enero y marzo, respectivamente.

“El Ministerio de Salud activó un grupo de trabajo nacional y estatal para el cólera el 14 de abril para coordinar todas las intervenciones de respuesta, aumentar la vigilancia en los campamentos de desplazados internos y a nivel comunitario”, dijo.

Según el ministerio, el riesgo de cólera suele ser alto durante la temporada de lluvias, que comienza de mayo a fines de octubre.

Durante los últimos dos años, el país ha experimentado inundaciones devastadoras que han afectado a más de un millón de personas, principalmente mujeres y niños, y los han desplazado de sus hogares, medios de subsistencia y servicios sociales.

El cólera es semiendémico en la mayoría de las regiones de Sudán del Sur. Los brotes ocurren casi anualmente durante la temporada de lluvias de mayo a octubre y están vinculados a la contaminación de las fuentes de agua subterránea. Teniendo en cuenta esta situación, no es inusual que resurjan casos de cólera, pero dependerá de las autoridades sanitarias locales evitar que se convierta en un brote en toda regla que pueda amenazar con propagarse a otras partes de Sudán del Sur y al vecino Sudán.

La contención del cólera implica la provisión de agua segura y medidas de saneamiento ambiental, además de las vacunas orales, que se reconocen cada vez más como una estrategia complementaria para la prevención en áreas propensas al cólera.



Zimbabwe reportó un brote de sarampión entre niños y adolescentes en el distrito oriental de Mutasa, en la provincia de Manicaland, que ha causado la muerte de 14 de ellos, indicó el 11 de mayo el Ministerio de Salud y Cuidado Infantil.

Un total de 72 casos han sido reportados hasta ahora desde el 10 de abril, cuando el brote fue detectado por primera vez, señaló el ministerio.

"De los casos reportados, sólo nueve habían sido vacunados. Los demás no estaban vacunados o se desconoce su estatus de vacunación", indicó el ministerio.

El ministerio dijo que comenzó una campaña de vacunación masiva en el distrito dirigida al grupo de entre seis meses y 15 años de edad, independientemente de su estatus de vacunación, en un esfuerzo por controlar el brote.

"Los trabajadores médicos están llevando a cabo una intensa campaña de educación de puerta en puerta sobre esta enfermedad. El Ministerio de Salud y Cuidado Infantil reafirma al público que la situación está actualmente bajo control y por consiguiente no debe entrar en pánico", añadió el ministerio.

El ministerio exhortó a todas las provincias del país a mantenerse muy alertas y a quienes asisten a reuniones en iglesias, especialmente en la provincia de Manicaland, a prestar atención a posibles casos de sarampión en sus niños.

El virus de la influenza estacional actual A(H1N1) puede ser un descendiente directo de la cepa que en 1918 causó una pandemia mundial, según sugiere un reciente [artículo](#).

Las conclusiones se basan en el análisis genómico de muestras recogidas en Europa durante la pandemia de 1918 –conocida como gripe española–, que costó la vida a entre 50 y 100 millones de personas en todo el mundo.

La comprensión de su propagación y su calendario se basan en los registros históricos y médicos, que indican que su pico se produjo en el otoño de 1918 y continuó hasta el invierno de 1919.

Sin embargo, fue solo en la década de 1930 cuando se confirmó que era de origen viral, mientras que investigaciones más recientes han sugerido que el virus era un virus de influenza A del subtipo H1N1.

En este sentido, los autores recuerdan que el análisis genómico del virus de 1918 es difícil debido a la rareza de las secuencias virales de la época.

Muestras de pulmón

En este nuevo trabajo, se analizaron 13 muestras de pulmón de diferentes individuos almacenadas en archivos históricos de museos de Alemania y Austria; fueron recogidas entre 1901 y 1931 e incluían seis especímenes recolectados en 1918 y 1919.

A partir de estas muestras, el equipo pudo secuenciar dos genomas parciales recogidos en Berlín en junio de 1918 y un genoma completo recolectado en München también en 1918.

Los autores sugieren que la diversidad genómica de las muestras es coherente con una combinación de transmisión local y eventos de dispersión a larga distancia.

Se compararon los genomas de antes y después del punto álgido de la pandemia y los resultados sugieren que existe una variación en el gen de la nucleoproteína, asociada a la resistencia a la respuesta antiviral del huésped y que podría haber permitido la adaptación del virus a los humanos.

Reloj molecular

Los autores también llevaron a cabo una modelización del reloj molecular, un método que permite estimar las escalas de tiempo evolutivas, y sugieren que todos los segmentos genómicos de la influenza A(H1N1) –uno de los virus actuales de la influenza estacional– podrían descender directamente de la cepa pandémica inicial de 1918.

Esto contradice otras hipótesis que apuntan que el virus estacional surgió por reordenación, el intercambio de segmentos genómicos entre diferentes virus.

Los autores subrayan que las muestras siguen siendo escasas, pero los conocimientos ahora obtenidos sobre la evolución y el progreso de la pandemia de influenza de 1918 muestran el valor de la prospección de los archivos históricos.

En septiembre de 2019, el [primer informe](#) de la Junta de Vigilancia Mundial de Preparación (GPMB) describía en términos poco ambiguos la situación que se enfrentaba: “Si es cierto el dicho de que ‘el pasado es el prólogo del futuro’, nos enfrentamos a una amenaza muy real de una pandemia fulminante, sumamente mortífera”. De acuerdo con sus expertos, entre 2011 y 2018 el mundo había experimentado 1.483 brotes epidémicos en 172 países. Que alguno de estos brotes acabase escalando era solo cuestión de tiempo.

El informe del GPMB –una iniciativa conjunta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial– decía algo más: “El mundo necesita establecer de forma proactiva los sistemas y compromisos necesarios para detectar y controlar posibles brotes epidemiológicos. Tales actos de preparación constituyen un bien público mundial”.

Dos años y [cerca de 20 millones de muertos después](#), la comunidad internacional desearía haber prestado más atención a las advertencias de estos expertos. La pandemia desencadenada por el SARS-CoV-2 ha supuesto un recordatorio violento de la necesidad de contar con un sistema que permita prevenir, mitigar y responder a las crisis sistémicas de salud. Un “bien público mundial” para evitar males personales y económicos infinitamente más onerosos que el costo de la preparación.

El filántropo internacional William Henry Gates III ha hecho de este asunto una prioridad personal. Su nuevo libro [Cómo prevenir la próxima pandemia, parte de un principio simple](#): “Los brotes son inevitables, pero las pandemias son opcionales”. En su opinión, un buen sistema de vigilancia y reacción rápida, orientado a detener la expansión de un brote dentro de sus primeros cien días, hubiese ahorrado a la humanidad 98% de los muertos provocados por la COVID-19 y la extraordinaria disrupción económica y social que esta enfermedad ha generado.

Las enfermedades infecciosas constituyen uno de los principales riesgos a los que enfrenta la humanidad, pero no el único. Chernóbil y Fukushima enfrentaron al mundo a los riesgos de accidentes nucleares de gran envergadura, una posibilidad que la [guerra en Ucrania](#) ha reactivado trágicamente. Los llamados accidentes *tecnológicos* –derivados de catástrofes químicas, por ejemplo– [provocaron 65.000 víctimas mortales](#) entre 2009 y 2018. Y todos somos testigos de la proliferación alarmante de shocks naturales extremos, derivados en buena medida de la aceleración del calentamiento global. Una [estimación conservadora](#) de la Organización Meteorológica Mundial eleva a 11.000 el número de episodios de este tipo producidos entre 1970 y 2019, con un coste total de dos millones de vidas humanas y 3,42 billones de euros. El 60% de estos episodios ha tenido lugar en las dos últimas décadas.

La naturaleza, el alcance y la localización de estos riesgos sanitarios son muy diferentes, pero su solución no lo es tanto, afortunadamente. Los buenos sistemas de preparación y respuesta incorporan una serie de elementos comunes que permiten hacer frente a una diversidad de amenazas para la salud. El Instituto de Salud Global de Barcelona ha acuñado un acrónimo que incorpora las diferentes piezas de esta maquinaria. Se trata del [Modelo PR3](#): Prevención, Respuesta, Recuperación y Resiliencia. Una lógica encadenada que comienza con la identificación y calibración de riesgos potenciales y deriva en el establecimiento y fortalecimiento

de estrategias de vigilancia y control, la formación de capacidades y la construcción de las infraestructuras físicas y legales para responder y prevenir de acuerdo a la evidencia científica.

¿Cuánto de este modelo teórico fue aplicado durante la pandemia? Por un lado, la comunidad internacional demostró una capacidad sin precedentes para colaborar en los ámbitos científico y tecnológico, generando en tiempo récord una batería de diagnósticos, tratamientos y vacunas que han resultado imprescindibles en la lucha contra la COVID-19. La respuesta ha demostrado las posibilidades de una inteligencia epidemiológica puesta al servicio del interés común, con sofisticados sistemas de monitorización y predicción para anticipar los cambios. Sin embargo, también se ha constatado el largo camino pendiente a la hora de integrar la información de calidad en los procesos de toma de decisiones.

En parte, el problema reside en los defectos de los sistemas de recolección y transmisión de los datos. En parte, en un debate público lastrado por las incertidumbres, la desinformación y la vulnerabilidad electoral de los tomadores de decisiones. Desde el primer momento, en el que los gobiernos fracasaron a la hora de calibrar el verdadero riesgo al que hacían frente, la denominada “infodemia” se ha convertido en una de las consecuencias más devastadoras de esta pandemia y en un desafío de primer orden para la prevención de nuevas crisis sistémicas.

Si las vidas humanas no son razón suficiente para establecer mejores sistemas de preparación, tal vez los argumentos económicos ayuden. La literatura científica [ha justificado](#) desde hace años la rentabilidad de esta inversión con respecto a los pavorosos costos directos e indirectos de las emergencias, pero la COVID-19 ha roto todos los baremos. Aún hoy, cuando buena parte del planeta vislumbra la luz al final del túnel viral, el costo de la pandemia para la economía global será de 12,5 billones de dólares hasta 2024, [según el Fondo Monetario Internacional](#). Estas cantidades mareantes deben ser comparadas con el costo de algunas medidas eficaces de prevención, como el Grupo de Movilización y Respuesta ante Crisis Epidémicas [propuesto por Bill Gates](#): unos mil millones de dólares anuales para financiar un equipo de 3.000 profesionales bajo el mando de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Muchos de estos argumentos y lecciones están en la base del esfuerzo de preparación y respuesta para el futuro. Durante los últimos 18 meses han proliferado iniciativas públicas y privadas que buscan apuntalar las capacidades de los gobiernos y las regiones en este ámbito. La Unión Europea creó recientemente la [Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias](#) (HERA), un organismo llamado a coordinar y multiplicar las capacidades de los Estados miembros. Estados Unidos cuenta con una agencia similar, la [Autoridad de Investigación y Desarrollo Biomédico Avanzado \(BARDA\)](#). Y se han reforzado los recursos de vigilancia epidemiológica en África, a través de los [Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades \(Africa CDC\)](#), y en América Latina con la creación del nuevo Observatorio Epidemiológico Iberoamericano. Todos ellos contribuirán y se beneficiarán, a su vez, del nuevo [hub de la OMS](#) para la inteligencia sobre pandemias y epidemias, con sede en Berlín.

No solo los gobiernos han tomado la iniciativa. El [Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria](#) ha establecido como un objetivo prioritario el fortalecimiento de los sistemas de salud primaria, después de comprobar que, en regiones como África Subsahariana, el mayor daño de la COVID-19 vino por la distorsión de programas como el de la vacunación infantil básica frente a la enfermedades infecciosas o la prevención de la malaria. Por su parte, la Comisión Estadounidense para el Comercio del Mercado de Futuros [analiza la posibilidad](#) de adaptar sus reglas para facilitar la predicción de los riesgos y adaptar los productos

financieros en concordancia. Y es fácil imaginar el terremoto que esta crisis ha provocado en los mercados de seguros, que operarán tras la pandemia en un mundo con una percepción completamente diferente de los riesgos.

La realidad es que el sistema que precisa el modelo global de preparación y respuesta puede beneficiarse enormemente de la arquitectura institucional y legal desarrollada desde principios de este siglo. Sobre ella es posible construir, por ejemplo, sistemas sólidos y ágiles de vigilancia epidemiológica. Se pueden garantizar ensayos clínicos allí donde se necesitan, no solo donde se concentran los recursos científicos y económicos. O descentralizar la capacidad de producción farmacéutica para evitar la acumulación obscena de tratamientos y vacunas en unas pocas manos, como hemos visto durante estos meses. La reconsideración del inoperante modelo internacional de propiedad intelectual también es una forma de prevenir nuevas crisis.

Nada de todo esto será posible sin sostener la tensión política y financiera creada durante la COVID-19. El riesgo es que la penúltima crisis –una guerra, la inflación– desplace a la anterior arrastrando voluntades y recursos. La inversión “en tiempos de paz” es lo que garantiza que los sistemas de vigilancia y respuesta se encuentren perfectamente afinados cuando llegan los tiempos duros. Y la velocidad de respuesta determina el calibre de las tragedias personales y económicas a las que enfrentar. Esto implica establecer buenos mecanismos de coordinación en diferentes sectores y niveles de la Administración pública, capaces de ofrecer respuestas equitativas y claras a los efectos directos e indirectos de la crisis.

Una forma simple de considerar este asunto es situarse a mediados de 2019 y pensar en lo que se hubiese hecho de haber sabido la que se venía. Hoy se cuenta con esa información, así como la certeza de que la próxima crisis es solo cuestión de tiempo. La pregunta es qué se hará de forma diferente.

Resistencias antimicrobianas: la próxima emergencia ya está aquí

Rusia y Ucrania tienen hoy pocas cosas en común. Una de ellas, sin embargo, se ha convertido en motivo de preocupación para la comunidad científica internacional. Estos dos países concentran niveles alarmantemente altos de tuberculosis multirresistente a los tratamientos. Décadas de abandono sanitario, acceso irregular a fármacos y proliferación de enfermedades relacionadas como el VIH han disparado el riesgo de estas poblaciones para sí mismas y para aquellos lugares en los que se establezcan.

La tuberculosis multirresistente, que afecta a cerca de medio millón de personas en todo el planeta, es parte de la batalla que se libra contra la resistencia a los antibióticos. El abuso y el mal uso de estos fármacos han reducido su eficacia frente a las infecciones, mientras que la ausencia de incentivos financieros ha lastrado la investigación farmacéutica en nuevos antibióticos. Solo en la Unión Europea, las resistencias suponen 25.000 muertes anuales y 1.580 millones de dólares en costos asociados. La amenaza se extiende a patologías no bacterianas y a grandes enfermedades de la pobreza como la malaria y el VIH, cuyos tratamientos son cada vez más vulnerables a este riesgo.

La respuesta de los expertos a esta crisis creciente no es muy diferente de la que se ha planteado para otras amenazas similares: refuerzo de los sistemas de vigilancia, acceso equitativo e informado a medicamentos de calidad, fomento de la investigación en los ámbitos público y privado, y prevención y control de infecciones, como puede ser la vacunación. Esta emergencia, advierten, ya es una realidad.

Publicidad relacionada con la salud



Chicago Department of Public Health (2021).

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.