

Durante el periodo 2024/2025, se notificó en Argentina al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) un total de 258 casos de sífilis congénita. En comparación, hasta la semana epidemiológica (SE) 11 de 2025 se reportaron 92 casos, lo que refleja una disminución en la notificación de casos. Es importante tener en cuenta que los datos de 2025 aún están en proceso de carga y consolidación, ya que el seguimiento de los recién nacidos expuestos a *Treponema pallidum* puede llevar tiempo hasta confirmar o descartar un caso.

En 2025, hasta la SE 11, se notificó en Argentina un total de 92 casos de sífilis congénita. La distribución por regiones muestra una concentración predominante en la región Centro, con 55 casos reportados, representando 59,8% del total nacional. Dentro de esta región, la provincia de Buenos Aires notificó la mayor cantidad de casos (38), seguida por Córdoba (7) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (5).

La región Cuyo notificó 18 casos, siendo Mendoza la jurisdicción con mayor contribución regional (13 casos). Las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Noreste Argentino (NEA) notificaron un número significativamente inferior, con 12 y cuatro casos, respectivamente. En la región NOA, los casos se concentraron principalmente en Salta (6) y Catamarca (6), mientras que, en la región NEA, Corrientes reportó tres de los cuatro casos totales. Finalmente, la región Sur notificó tres casos en Neuquén, siendo la única jurisdicción de dicha región que registró eventos.

Estos datos reflejan una distribución heterogénea de la notificación de la sífilis congénita en el país, con marcada concentración en las provincias de mayor densidad poblacional, principalmente en la región Centro. Es importante destacar que estos números corresponden a notificaciones preliminares y pueden modificarse con el avance en la confirmación diagnóstica y la consolidación de la vigilancia.

Del total de 92 casos notificados en el año 2025, 40 (43,5%) presentaron confirmación por criterio de laboratorio, 30 (32,6%) por criterio epidemiológico, 21 (22,8%) por criterio clínico, y uno (1,1%) por neurosífilis. A su vez, 36 casos (39,1%) presentaron registro de tratamiento.

La sífilis es una infección de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*, cuyo principal reservorio es el humano, y que se adquiere principalmente por contacto sexual con una persona infectada (generalmente por el contacto con úlceras infecciosas presentes en la región genital, el ano, el recto, los labios o la boca); por transmisión perinatal por vía transplacentaria o durante el parto, o por transfusión de sangre. La transmisión sexual ocurre típicamente durante la sífilis primaria, secundaria o latente temprana.

La evolución natural y sin tratamiento de la sífilis se divide en etapas:

– Sífilis temprana: transcurre dentro del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis primaria, sífilis secundaria y sífilis latente temprana.

- Sífilis tardía: transcurre luego del primer año de adquirida la infección e incluye los siguientes estadios: sífilis latente tardía y sífilis terciaria.
- Neurosífilis: transcurre en cualquier estadio de la infección de manera sintomática o asintomática

La elección del método diagnóstico dependerá del estadio de la enfermedad, de la presentación clínica y de los antecedentes epidemiológicos.

La sífilis es considerada un problema relevante de salud pública, que dispone de medidas eficaces para su prevención, diagnóstico, tratamiento y control. El desafío sanitario es la organización integral e implementación de la respuesta para minimizar el impacto en la salud de la población.

En particular, la sífilis congénita representa una de las manifestaciones más graves de esta enfermedad, imponiendo una elevada carga de morbilidad y mortalidad. Cuando la infección en la persona gestante no es detectada ni tratada en una etapa temprana de la gestación, el riesgo de transmisión vertical alcanza a 80%, con consecuencias devastadoras para el feto, como aborto o muerte perinatal, que ocurren en hasta 40% de los casos. Y en el recién nacido, con un amplio espectro de repercusiones clínicas desde leves hasta con grave compromiso.

La eliminación de la sífilis congénita es un objetivo alcanzable mediante esfuerzos concertados que incluyan la prevención, el diagnóstico oportuno –tanto preconcepcional como en cada trimestre de la gestación– y el tratamiento adecuado de todas las personas gestantes infectadas, así como de sus parejas sexuales.



AUMENTO DE LA RESISTENCIA AL FLUCONAZOL EN *CANDIDA PARAPSILOSIS* Y SU PARTICIPACIÓN EN LAS CANDIDEMIAS INTRANOSOCOMIALES

07/04/2025

La información producida por la Red Nacional de laboratorios de Micología y otros estudios realizados en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) dan cuenta de un aumento sostenido de la resistencia al fluconazol de *Candida parapsilosis* y de una mayor participación de esta especie como causa de candidemias. Asimismo, se ha evidenciado la persistencia a lo largo del tiempo de clones de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol en instituciones de salud. Ante esta situación, el Ministerio de Salud de la Nación emitió una [Comunicación Epidemiológica](#) con el propósito de informar a los equipos de salud y difundir las recomendaciones para la prevención y control.

Situación epidemiológica

En los últimos años se ha reportado a nivel mundial un aumento de la resistencia al fluconazol en *C. parapsilosis*. Múltiples publicaciones alrededor del mundo reportan la ocurrencia de brotes nosocomiales de candidemia y la persistencia de clones de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol en el ambiente hospitalario, así como la transmisión intranosocomial e internanosocomial.

En Argentina, dos estudios multicéntricos de candidemia coordinados por el Departamento Micología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) y realizados a través de la Red de Laboratorios de Micología de todo el país en los períodos 2007-2008 y 2019-2020 evidenciaron que la frecuencia de aislados resistentes a fluconazol aumentó de 2,5% a 7,6%. Desde 2019, la vigilancia de la candidemia en Argentina se realiza a través de las Unidades de Vigilancia Continua de la Resistencia a los Antifúngicos. Los datos obtenidos en 2023, con la participación de 35 instituciones sanitarias del país, reveló que 17,2% (16/93) de las cepas de *C. parapsilosis* eran resistentes o intermedia/"sensible, exposición aumentada" al fluconazol. De éstas, 13 cepas fueron reportadas por cuatro instituciones localizadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), dos fueron reportadas por una institución de Salta y una por una institución de Tucumán.

Asimismo, un estudio multicéntrico realizado por la Red de Micología de la CABA en el período 2022-2023, en 19 laboratorios, mostró que *C. parapsilosis* desplazó en frecuencia a *C. albicans* como la especie más frecuente en candidemia, con una resistencia al fluconazol de 18,5%. Otro estudio llevado a cabo entre junio de 2019 y marzo de 2024, en cinco instituciones del AMBA también identificó a *C. parapsilosis* como el primer agente de candidemia con una resistencia al fluconazol de 30% (entre 18,2% y 53,8% anual). Si bien los valores a nivel nacional no son elevados, los datos sugieren un aumento sostenido de la resistencia en esta especie, principalmente en instituciones sanitarias localizadas en la CABA.

Estudios genómicos retrospectivos realizados en el Departamento Micología han evidenciado la persistencia de clones de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol en algunas instituciones sanitarias de la CABA. En estas instituciones, *C. parapsilosis* pasó a ser la especie más frecuente aislada de candidemias, con elevados porcentajes de resistencia al fluconazol. Además, los

estudios filogenómicos sugieren la ocurrencia de eventos de transmisión intranosocomial e internocomial, tanto de cepas resistentes como sensibles al fluconazol.

Candida parapsilosis es una levadura capaz de colonizar piel y mucosas, causando tanto infecciones superficiales como infecciones profundas. La candidiasis invasiva es la infección fúngica invasiva más frecuente en pacientes no neutropénicos; y dentro de éstas, la candidemia es la presentación clínica más frecuente. El rápido diagnóstico y tratamiento de estas infecciones es de gran importancia debido a que presentan una mortalidad de entre 20% y 64%. Altas tasas de mortalidad están asociadas a una demora en el inicio del tratamiento antifúngico adecuado a la especie causante de la infección.

La candidemia ocurre normalmente en pacientes hospitalizados con factores de riesgo, como tratamiento previo con antibióticos, el uso de catéteres, ventilación mecánica, alimentación parenteral, cirugía previa o trasplante, terapias con inmunosupresores o corticoides, quimioterapia, diabetes mellitus y cáncer, entre otros.

En cuanto a las especies causantes de candidemia, distintos estudios epidemiológicos muestran que la frecuencia de las especies puede variar según la población en estudio y la ubicación geográfica. Estudios multicéntricos realizados en Latinoamérica y en Argentina identifican a *Candida albicans* como la especie más frecuente, seguida de *C. parapsilosis* y *Candida tropicalis*. Por otro lado, un estudio de caso-control de candidemia por *C. parapsilosis* vs *C. albicans* realizado en España entre 2002 y 2003 muestra que *C. parapsilosis* fue más frecuente en neonatos, en receptores de trasplantes y en pacientes que recibieron nutrición parenteral o terapia antifúngica previa, principalmente fluconazol. Otro estudio en un hospital universitario de Buenos Aires muestra a *C. parapsilosis* como la especie más frecuente en lactantes y niños.

La gran mayoría de las cepas de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol muestran mutaciones en el gen ERG11 asociadas a la resistencia, gen que codifica para la enzima lanosterol 14- α -desmetilasa, que participa en la biosíntesis del ergosterol y que es el blanco de acción de los azoles. También se han sido descrito otros mecanismos moleculares de resistencia como las llamadas mutaciones "gain of function" (GOF) en genes promotores del gen ERG11 que generan un aumento de la enzima blanco, la sobreexpresión de bombas de eflujo que aumentan la salida de la droga del citoplasma de la célula, así como la presencia de aneuploidías o eventos de pérdida de heterogenicidad que pueden alterar el número de copias de un gen asociado a la resistencia.

En Argentina, estudios moleculares realizados en el Departamento Micología del Instituto Nacional de Enfermedades Infecciosas/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud 'Dr. Carlos Gregorio Malbrán' (INEI-ANLIS) muestran que todos los aislados de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol presentan distintas mutaciones en el gen ERG11 previamente asociadas a la resistencia en *Candida*. Algunos de estos muestran también mutaciones GOF en genes promotores de las bombas de eflujo así como variaciones en el número de copias de genes asociados a la resistencia. Además, cabe destacar que algunos aislados caracterizados como I por CIM utilizando el método de referencia del EUCAST (I: "susceptible, increased exposure") mostraron también la mutación Y132F en el ERG11, lo que sugiere que la detección de mutaciones en el ERG11 podría ser un mejor marcador de la resistencia.

Es importante mencionar que los microorganismos con mecanismos de resistencia adquiridos, como las mutaciones, muestran en general una menor capacidad de adaptación para sobrevivir y crecer en diferentes entornos (*fitness* en inglés), ya que esas mutaciones involucran genes que codifican para procesos celulares esenciales. Y por lo tanto, los microorganismos resistentes suelen no competir con los microorganismos sensibles en ambientes sin la presión de resistencia del antifúngico. Este patrón no se cumple en el caso de las cepas de *C. parapsilosis* resistentes al fluconazol, ya que no muestran diferencias significativas de su *fitness* en comparación con las cepas sensibles. Más aún, distintos estudios han mostrado que la mayoría de los pacientes con infecciones por *C. parapsilosis* resistente al fluconazol no habían recibido tratamiento antifúngico previo, lo que descarta la posibilidad de que la resistencia se haya adquirido durante el tratamiento.

La identificación de levaduras en el laboratorio clínico puede realizarse por sistemas comerciales basados en pruebas fenotípicas, como ser VITEK, ID32C, PHOENIX, entre otros. Sin embargo, estas técnicas no son capaces de diferenciar las especies dentro del complejo *C. parapsilosis* compuesto por *C. parapsilosis* sensu stricto, *Candida orthopsilosis* y *Candida metapsilosis*. Por este motivo, la identificación a nivel de especie debe ser realizada utilizando la técnica de MALDI-TOF o técnicas moleculares como la secuenciación del ADN ribosomal.

Para determinar la concentración inhibitoria mínima (CIM) existen dos métodos estandarizados; desarrollados por el Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) y el European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST). Éstos permiten clasificar un aislado como sensible o resistente a un determinado antifúngico utilizando los puntos de corte clínicos especie-específicos establecidos por cada metodología. Sin embargo, estos métodos no son practicables en el laboratorio clínico, donde generalmente se utilizan métodos comerciales previamente validados frente a los métodos estandarizados. Dado que la eficacia de estos métodos puede variar según la especie y el antifúngico, es fundamental evaluar su desempeño en función de la epidemiología local para garantizar su adecuada implementación en el laboratorio.

El Ministerio de Salud de Brasil reportó 7.320 casos confirmados de fiebre de Oroppouche en los primeros tres meses de 2025, según las últimas cifras publicadas.

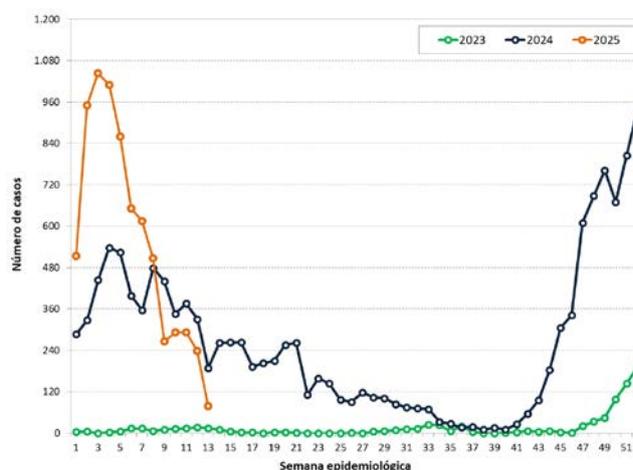
Los casos de este año son 45,3% más elevadas que los registrados en igual período de 2024, cuando se notificaron 5.037 casos.

El estado de Espírito Santo sigue dominando con 5.354 casos, seguido por el estado de Rio de Janeiro con 1.016 y el de Paraíba con 593 casos. Otros estados que registran casos son Minas Gerais (196 casos), Ceará (123), Amapá (29), São Paulo (4), Bahia (2), Rondônia (1), Roraima (1) y Tocantins (1).

En lo que va del año, se registra un óbito, que aún está bajo investigación.

La franja etaria más afectada es la de 20 a 59 años, que agrupa a 5.153 casos, el 70,4% del total de casos. El sexo masculino es ligeramente más afectado que el femenino, con 3.819 casos, el 52,2% del total.

En todo 2024, Brasil reportó 13.791 casos confirmados. En 2023, se registraron 832 casos.



Casos confirmados de fiebre de Oroppouche. Brasil. Años 2023/2025, hasta semana epidemiológica 13 de 2025. Fuente: Ministerio de Salud de Brasil.

El 31 de marzo se confirmó un segundo fallecimiento por hantavirus en la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins en lo que va del año, tras la notificación del Instituto de Salud Pública, que ratificó el diagnóstico positivo en un paciente de 17 años, en la comuna de San Fernando.

El director del Servicio de Salud O'Higgins, Jaime Andrés Gutiérrez Bocaz, informó que “el joven ingresó en estado grave al Hospital ‘San Juan de Dios’ de San Fernando el 24 de marzo, pasando directamente a la sala de reanimación. Allí se le realizaron análisis de sangre y una tomografía computarizada, cuyos resultados indicaron insuficiencia respiratoria aguda. Tras volver del procedimiento, el paciente presentó una descompensación y fue ingresado nuevamente a reanimación. Se le realizó intubación para el manejo de la vía respiratoria, pero sufrió un paro cardiorrespiratorio. Pese a las maniobras de reanimación, falleció a las 02:47 horas del 25 de marzo”.

Los exámenes fueron enviados al Instituto de Salud Pública para confirmar la presencia de hantavirus, resultado que fue notificado el 28 de marzo.

Las infecciones por hantavirus ocurren anualmente en una amplia región andina de Chile. Aunque la noticia no especifica el hantavirus implicado en este caso, se trata, sin duda, del virus Andes. Este virus es endémico en Chile. El paciente probablemente entró en contacto con zonas habitadas por el roedor reservorio del virus en la región, el ratón colilargo (*Oligoryzomys longicaudatus*).

Las infecciones por el virus Andes pueden causar un síndrome cardiopulmonar por hantavirus muy grave y de rápida progresión, con una alta tasa de letalidad, como fue el caso de este joven paciente. Se espera que las autoridades sanitarias de la Región del Libertador General Bernardo O'Higgins hayan determinado la localidad donde el paciente se infectó y estén aconsejando a los residentes de la zona que tomen medidas para evitar el contacto con el roedor huésped o sus excrementos, así como que vigilen cualquier contacto personal cercano que el joven haya tenido durante su enfermedad.

El virus Andes rara vez se transmite directamente de persona a persona, y solo a través del contacto físico cercano, generalmente dentro de la familia.



El Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas informó la segunda muerte por sarampión de un residente de Texas en el brote en curso, centrado en la región de South Plains del estado. La niña de 8 años que dio positivo en la prueba de sarampión fue hospitalizada en Lubbock y falleció el 3 de abril debido a lo que los médicos describieron como insuficiencia pulmonar por sarampión. La niña no estaba vacunada y no presentaba ninguna afección subyacente.

Hasta el 4 de abril, se habían confirmado 481 casos de sarampión en el brote desde fines de enero. La mayoría de los casos se dieron en niños. Cincuenta y seis personas fueron hospitalizadas durante el brote.

El sarampión es una enfermedad respiratoria altamente contagiosa que puede causar una enfermedad potencialmente mortal a cualquier persona que no esté protegida contra el virus. Durante un brote de sarampión, aproximadamente uno de cada cinco niños que enferman necesitará atención hospitalaria y uno de cada 20 desarrollará neumonía. En raras ocasiones, el sarampión puede provocar inflamación del cerebro y la muerte. También puede causar complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro y bebés con bajo peso al nacer.

Esta es la segunda muerte en Texas vinculada al brote de sarampión. La primera muerte fue la de un niño en edad escolar no vacunado en febrero. Una muerte en New México sigue bajo investigación.

El brote, que ahora abarca Texas, New México, Oklahoma y posiblemente Kansas, alcanzó al menos 569 casos el 4 de abril, según datos de los departamentos de salud estatales. Texas reportó 481 casos asociados al brote; New México 54 casos, y Oklahoma 10 casos, ocho confirmados y dos probables, hasta el 4 de abril. Los casos en Kansas, que el departamento de salud estatal dijo que pueden estar vinculados al brote, alcanzaron 24 hasta el 2 de abril. Muchos de esos casos son entre personas no vacunadas, y los expertos afirman que estas cifras son probablemente una subestimación severa porque muchos casos no se reportan.

La mayoría de los casos reportados son en personas menores de 18 años, y los expertos están preocupados por el aumento de hospitalizaciones, especialmente en niños más pequeños que tienen un mayor riesgo de complicaciones.

El secretario de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, Robert Francis Kennedy, Jr., expresó en redes sociales que estaba trabajando para controlar el brote de sarampión. Kennedy, un activista antivacunas antes de ascender a su cargo, se negó a hacer un llamado a favor de la vacunación generalizada mientras el brote de sarampión ha empeorado bajo su supervisión. Sin embargo, el 6 de abril, dijo en un extenso comunicado que era "la forma más efectiva de prevenir la propagación del sarampión".

La vacuna triple viral –contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola– se ha utilizado de manera segura durante más de 60 años y tiene una efectividad de 97% en el combate contra el sarampión después de dos dosis.

La desinformación sobre cómo prevenir y tratar el sarampión está obstaculizando la respuesta de salud pública, incluidas afirmaciones sobre suplementos de vitamina A que han sido promovidas por Kennedy y defensores de la medicina holística a pesar de las advertencias de los médicos de que deben administrarse bajo la supervisión de un médico y que en exceso pueden ser peligrosos. Médicos del Hospital Infantil Covenant en Lubbock, donde ocurrió la primera muerte por sarampión, dicen que han tratado al menos a 10 niños por problemas hepáticos debido a la toxicidad de la vitamina A, que encontraron al realizar pruebas de laboratorio de rutina en niños con vacunación insuficiente que tienen sarampión.

Expertos y funcionarios de salud anticipan que el brote continúe por varios meses más, o incluso hasta un año. Ante el hecho de que varios estados enfrentan brotes de la enfermedad y con tasas de vacunación infantil en declive a nivel nacional, algunos temen que el sarampión pueda costarle a Estados Unidos su estatus de haber eliminado la enfermedad.

La Asociación Mexicana de Vacunología alertó que México ya enfrenta un brote de sarampión, tras confirmarse 126 casos de esta enfermedad viral, una cifra que se duplicó en solo una semana, con base en datos de la Secretaría de Salud.

De los 126 casos confirmados, dos son casos importados, 21 están relacionados con la importación y en 103 la fuente de infección se encuentra en estudio.



La asociación destacó que Chihuahua concentra 121 contagios, lo que lo convierte en el estado más afectado. Le siguen Oaxaca con cuatro casos y Sonora con uno.

La Secretaría de Salud indicó que hasta la semana epidemiológica 13 –que marca el cierre del primer trimestre del año–, se han notificado 934 casos probables de sarampión y rubéola. De estos, 252 siguen en análisis, 556 fueron descartados y no se ha confirmado ningún caso de rubéola.

Uno de los datos más alarmantes es que 94,5% de los pacientes no habían recibido la vacuna triple viral, que protege contra sarampión, rubéola y parotiditis. De los casos confirmados, solo cinco personas habían recibido una dosis y apenas dos contaban con el esquema completo de vacunación.

Los grupo etario más afectados son el de 5 a 9 años (34 casos; 27,0%), el de 25 a 44 años (30 casos; 23,9%), el de 10 a 14 años (19 casos; 15,1%), el de 1 a 4 años (10 casos; 7,9%), el de 20 a 24 años (10 casos; 7,9%), el de menores de un año (9 casos; 7,1%), el de 15 a 19 años (9 casos; 7,1%), el de 45 a 49 años (3 casos; 2,4%) y el de 50 a 59 años (2 casos; 1,6%). El hecho de que el grupo más afectado por el brote es el de los niños de entre 5 y 9 años resalta la urgencia de reforzar las campañas de inmunización, especialmente en las zonas con mayor número de contagios.

Respecto de la distribución por sexo, el predominio es en hombres, con 67 casos (53,2%), mientras que en mujeres los casos son 59 (46,8%).

INTERNATIONAL



FEDERATION

BOSNIA Y HERZEGOVINA

CASI 7.000 CASOS DE SARAPIÓN EN 2024

07/04/2025

El brote de sarampión en Bosnia y Herzegovina comenzó a principios de 2024. Inicialmente, en enero y febrero de 2024, el mayor número de casos se registró en Bijeljina, Banja Luka y el cantón de Tuzla, específicamente en las ciudades de Tuzla y Živinice. En la última semana de marzo de 2024, el número de casos confirmados se cuadruplicó repentinamente, especialmente en Sarajevo. Los datos mensuales revelaron un aumento notable, con casos que pasaron de 76 en enero a 289 en febrero, y que alcanzaron los 949 en marzo. También se notificaron casos en el distrito de Brčko. Además de sarampión, también se han registrado casos de tos convulsa y varicela.

Entre enero y abril de 2024 se notificaron 1.749 casos de sarampión. Las cifras más altas se registraron en los cantones de Sarajevo (1.243 casos), Tuzla (423), Zenica-Doboj (56) y Central-Bosnia (23).

Los datos nacionales indican que se han registrado 99 casos de sarampión en niños de cero a un año, 731 en niños de uno a cuatro años y 483 en niños de cinco a nueve años. Además, se han notificado 130 casos de sarampión en personas de 30 a 65 años.

Se prevé que el brote de sarampión provoque un aumento de casos de enfermedad grave, hospitalizaciones y fallecimientos, especialmente entre personas no vacunadas o con vacunación insuficiente, bebés, niños y personas con sistemas inmunitarios debilitados, como lo demuestran las dos muertes ya confirmadas.

La infraestructura sanitaria nacional también se vio sometida a una presión adicional debido a la mayor demanda de servicios médicos, camas de hospital y medicamentos. Las personas que no han recibido las vacunas recomendadas contra el sarampión y la tos convulsa tenían un mayor riesgo de contraer y propagar las enfermedades, en particular los bebés demasiado pequeños para estar completamente vacunados. Los niños pequeños, especialmente los menores de un año, eran muy vulnerables a las complicaciones graves del sarampión y la tos convulsa y corrían el riesgo de sufrir efectos a largo plazo.

Según las autoridades sanitarias nacionales, menos de 60% de la población de Bosnia y Herzegovina está vacunada contra el sarampión y la rubéola. En 2022, el país alcanzó una tasa de vacunación de 60% con dos dosis de la vacuna contra el sarampión, significativamente por debajo del nivel prescrito por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que indica que al menos 95% de los niños deben estar vacunados con dos dosis de la triple viral para lograr la inmunidad de grupo y prevenir una mayor propagación de la epidemia. Antes de la pandemia de covid, las tasas de vacunación eran significativamente más altas, lo que resultaba en un número de casos aislados y muy bajo de enfermedades transmisibles. Sin embargo, tras la

pandemia, la confianza en las vacunas y en el sistema público de salud disminuyó debido a la desinformación, incluyendo diversos mitos, especialmente aquellos que sugieren que las vacunas causan autismo y diversas enfermedades autoinmunes. Esta desconfianza se evidencia en el hecho de que actualmente, entre las personas infectadas con sarampión, la tasa de vacunación ronda el 0,5%.

El número total de casos de sarampión en Bosnia y Herzegovina, fue de 6.998 en el año 2024. El mayor pico epidemiológico se produjo en mayo, con casi 2.000 casos registrados, seguido de un marcado descenso que continuó hasta agosto.

El mayor número de casos se registró en los cantones de Sarajevo (63,6% del total), Zenica-Doboj (19,3%) y Tuzla (11,3%). Se registró un número menor de casos en el cantón de Central-Bosnia y la República Srpska. Del total de casos, 51,7% fueron varones y 48,3% mujeres. La mayoría de los infectados fueron niños de uno a cuatro años, seguidos de los de cinco a nueve años. En cuanto al estado de vacunación, 86% de los casos correspondían a personas no vacunadas, 1,5% estaban vacunadas, 4,3% estaban parcialmente vacunadas (primera dosis) y, en 8,2% de los casos, se desconocía su estado de vacunación.



LA FIEBRE HEMORRÁGICA DE LASSA YA CAUSÓ 122 MUERTES EN LO QUE VA DEL AÑO

30/03/2025

El Centro de Control de Enfermedades de Nigeria (NCDC) informó el 30 de marzo 14 nuevos casos confirmados de fiebre hemorrágica de Lassa durante la semana epidemiológica (SE) 13, con lo que el total para 2025 es de 659 casos. La cifra de esta semana fue 65,9% inferior que la de la SE 12, que contabilizó 41 casos.

Los 14 nuevos casos confirmados en la SE 13 fueron reportados en los estados de Bauchi (5 casos), Ondo (5), Taraba (2), Ebonyi (1) y Nasarawa (1).

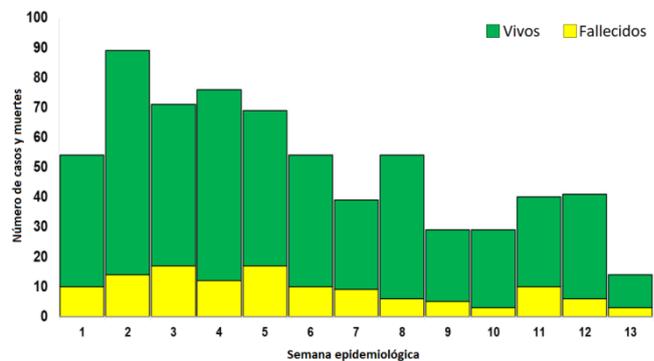
Se informaron tres nuevas muertes entre los 14 casos confirmados. El número de muertes por fiebre de Lassa en 2025 es de 122, con una tasa de letalidad de 18,5%. Esta tasa es levemente inferior a la registrada en el año 2024 para esta fecha, que fue de 18,7%.

No se registraron nuevos casos en trabajadores de la salud en la SE 13. En lo que va del año, son 20 los trabajadores de la salud que se han visto afectados por la enfermedad, en los estados de Ondo (8 casos), Bauchi (4), Gombe (2) y Taraba (2); los cuatro restantes corresponden a los estados de Benue, Ebonyi, Edo y el Territorio de la Capital Federal.

En lo que va de 2025, han registrado casos confirmados 93 Áreas de Gobierno Local en 18 estados; los que más casos registran son: Ondo (195 casos), Bauchi (166), Edo (105), Taraba (105), Ebonyi (20), Kogi (15), Plateau (13), Gombe (12), Benue (9) y Nasarawa (5). Los casos acumulados de Ondo, Bauchi, Edo y Taraba representan 86,6% del total nacional.

El grupo etario más afectado es el de 21 a 30 años (rango: de 1 a 94 años; mediana de edad: 30 años). La razón de masculinidad entre los casos confirmados es de 1:0,8.

El número de casos sospechosos disminuyó 28,6% respecto de los reportados en 2024, al pasar de 5.295 a 3.779.



Casos confirmados y fallecidos por fiebre hemorrágica de Lassa. Nigeria. Año 2025, hasta semana epidemiológica 13. Fuente: Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Nigeria.

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

Las autoridades sanitarias polacas informaron un caso de difteria en un niño de seis años no vacunado que regresó de un viaje a África. El niño, hospitalizado en Wrocław, se encuentra en estado grave, pero estable.

El caso, que fue confirmado el 14 de marzo, llevó a las autoridades sanitarias a iniciar una revisión a nivel nacional de los registros de vacunación infantil.

El caso suscitó preocupación por el resurgimiento de esta peligrosa enfermedad y la creciente tendencia al escepticismo ante las vacunas.

La vacunación contra la difteria es obligatoria en Polonia y los padres que se nieguen a vacunar a sus hijos pueden enfrentar una multa de hasta 360 dólares.

En la década de 1950, Polonia registraba decenas de miles de casos al año, con entre 1.500 y 3.000 muertes. La introducción de programas generalizados de vacunación controló eficazmente la enfermedad, lo que hizo que los casos fueran extremadamente raros en las últimas décadas.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública, Polonia registró solo dos casos de difteria en 2024, uno en 2023 y ninguno en 2022.

La tuberculosis es la principal causa de mortalidad en la República Centroafricana, donde provoca hasta 11.000 muertes anuales, mientras su sistema sanitario depende en gran medida del apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la ayuda humanitaria procedente de Estados Unidos.

“La tuberculosis es una enfermedad muy grave en la República Centroafricana, que sigue causando muchas muertes. Es la principal causa de mortalidad”, dijo el Dr. Avé Gildas Gando, coordinador del Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis.

Según la OMS, esta enfermedad infecciosa causa la muerte de un millón de personas al año, especialmente en países de África y Asia.

Gando recordó que, según los datos de esta agencia, entre 10.000 y 11.000 centroafricanos mueren anualmente por esta enfermedad, mientras que alrededor de 30.000 la desarrollan cada año.

“Esto coloca a nuestro país entre los más afectados del mundo. Se encuentra entre los treinta más impactados a nivel global y entre los diez primeros de África”, remarcó.

Progresos en la detección y tratamiento

Gando celebró que, en los últimos años, se han logrado avances significativos en la detección de casos de tuberculosis: “Hemos pasado de identificar 9.000 casos por año a 16.000, lo que nos permite localizar a los pacientes, iniciar su tratamiento y romper la cadena de transmisión. Cuantos más casos detectamos, menor es el riesgo de propagación de la enfermedad”.

Los pacientes son tratados en hospitales y centros especializados, donde, mayoritariamente, se atiende y controla a las personas que desarrollan las formas más graves de la enfermedad.

Es el caso de Martial Yaguende, un hombre de 32 años que comenzó un tratamiento contra la tuberculosis en un hospital de la ciudad de Bimbo, la segunda más grande del país, a 25 kilómetros al suroeste de Bangui, la capital.

Yaguende relató que los síntomas comenzaron con una tos persistente y una pérdida de peso sin razón aparente. “En el hospital de Bimbo me realizaron varias pruebas y finalmente se confirmó que tenía tuberculosis en su fase sensible. Inicié el tratamiento, pero después de cinco meses, otra prueba reveló que el germen era resistente”, contó el paciente.

Así, el pasado octubre, Martial fue transferido a un centro especializado del Hospital Nacional Universitario de Bangui para comenzar otro tratamiento específico contra la enfermedad, de la que ya se ha recuperado.

La inteligencia artificial, aliada contra la tuberculosis

El éxito en la atención también se atribuye al uso de la inteligencia artificial, que ya se aplica en radiografías para obtener resultados inmediatos y confirmar diagnósticos de tuberculosis.

“Este avance ha sido clave en nuestra lucha contra la enfermedad”, aseguró Séraphin Boukoni, ingeniero biomédico y responsable técnico de microbiología en el laboratorio nacional de Bangui.

Boukoni detalló que, gracias a estos avances tecnológicos, ya no sólo se buscan microbios en las muestras, sino también rastros genéticos, lo que incrementa la precisión de los diagnósticos.

Dependencia del apoyo internacional

A pesar de los avances en la detección, el país sigue dependiendo del apoyo financiero de la OMS y del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para sostener su sistema sanitario.

Ante el posible retiro definitivo de fondos por parte de Estados Unidos, cuyo presidente, Donald John Trump, ordenó el pasado enero la salida del país de la OMS y la pausa, por un periodo de tres meses, de la ayuda humanitaria estadounidense, tanto médicos como pacientes centroafricanos expresaron su preocupación.

“Actualmente, el tratamiento contra la tuberculosis es gratuito, pero con los anuncios del Gobierno de Trump, no sabemos qué sucederá con los pacientes”, advirtió el doctor Roland Yalingué, quien trabaja en el Hospital Nacional Universitario de Bangui.

“Debemos prepararnos para lo peor y el Estado debe asumir la responsabilidad de invertir en la respuesta sanitaria”, agregó Yalingué.

Yaguende, por su parte, alertó de que, con este recorte de fondos, la situación “será complicada” para las personas vulnerables, “especialmente para quienes viven con VIH y tuberculosis”, e instó al Gobierno a que “actúe con sensibilidad y tome medidas”.

La OMS advirtió el 20 de marzo que los recortes en cooperación sanitaria global, causados entre otros factores por el retiro de ayuda humanitaria estadounidense, amenazan con poner fin a los avances en la lucha global contra la tuberculosis.

No obstante, recordó que ya antes de la salida de Estados Unidos de la agencia, la financiación para combatir la tuberculosis no era óptima: en los últimos años sólo se reunió 26% de los 22.000 millones de dólares necesarios anualmente para la prevención y cuidado.

Los recortes de la ayuda extranjera podrían provocar un brote importante de mpox en todo el continente africano y más allá, con las medidas de control del virus ya interrumpidas, advirtieron los expertos en salud pública.

Los esfuerzos de prueba y monitoreo de la mpox en áreas críticas como la República Democrática del Congo dependían en gran medida de la asistencia extranjera, que se ha reducido drásticamente durante el gobierno del presidente estadounidense Donald John Trump.



Voluntarios de salud comunitaria en Monrovia, Liberia.

Los expertos en salud afirman que se necesitan con urgencia sólidas políticas nacionales de pruebas, centradas en las poblaciones de alto riesgo, para garantizar que los nuevos casos de mpox se detecten rápidamente y evitar que la enfermedad se propague a través de las fronteras.

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África (África-CDC), las pruebas de mpox en República Democrática del Congo han disminuido, a pesar de los miles de casos sospechosos en el país. Afirman que menos de una cuarta parte de los casos sospechosos se están sometiendo a pruebas de detección de la enfermedad.

En muchos casos, las muestras tardan más de dos días en llegar a los laboratorios, por lo que pocos pacientes reciben sus resultados a tiempo para una respuesta efectiva.

Desde principios de 2024, ha habido 114.156 casos sospechosos de mpox, 26.409 casos confirmados y 1.696 muertes, según los África-CDC, lo que refleja una brecha significativa entre los casos sospechosos y confirmados.

La República Democrática del Congo, Burundi y Uganda representan 95% de los casos confirmados.

Jean Kaseya, director general de los África-CDC, dijo que esta brecha cada vez mayor es resultado de la baja tasa de pruebas, que se vincula directamente con la pérdida de asistencia extranjera.

El 27 de marzo, Kaseya señaló que los datos de Comercio y Desarrollo de las Naciones Unidas para 2025 indican una caída de 70% en la Asistencia Oficial al Desarrollo para África, de 81.000 millones de dólares a 25.000 millones de dólares.

Brote importante

“Con el recorte de la ayuda y la inseguridad, no nos está yendo bien en términos de recolección y transporte de muestras”, dijo Kaseya, refiriéndose a la situación en la República Democrática del Congo devastada por la guerra.

“Esta es una alerta importante. Estamos exponiendo al continente, e incluso más allá del continente, a un brote importante”.

Los expertos en salud pública dicen que el brote actual todavía está en una trayectoria ascendente.

Dismas Damian, consultor de salud global radicado en Tanzania que trabaja para la Sociedad Canadiense de Salud Internacional, dijo: “Es probable que esto se extienda a otros países”.

La vigilancia epidemiológica de los brotes en estas zonas –como la República Democrática del Congo– dependía en gran medida de la ayuda extranjera. Con un bajo nivel de pruebas y vigilancia, muchos casos pasan desapercibidos.

Damian destacó la necesidad de una mayor movilización de recursos internos, argumentando que una financiación confiable es esencial para la vigilancia epidemiológica para prevenir la transmisión transfronteriza.

Este año, Francia y Emiratos Árabes Unidos ya han notificado casos confirmados relacionados con viajes procedentes de África oriental, África central y los Emiratos Árabes Unidos.

En marzo, Tanzania notificó los dos primeros casos de mpox en el país.

Nyambura Moremi, director del Laboratorio Nacional de Salud Pública de Tanzania, dijo que se estaba realizando la secuenciación del genoma para tratar de determinar qué variante estaba circulando, un detalle crucial para comprender la propagación del virus.

George Mkoma, epidemiólogo tanzano e investigador del Statens Serum Institut y de la Universidad de København (Dinamarca), cree que África debe alejarse de la dependencia de la ayuda extranjera y adoptar estrategias más fuertes, impulsadas a nivel nacional.

“Una estrategia de pruebas sólida, centrada en poblaciones de alto riesgo, como los camioneros de larga distancia, ayudaría a identificar rápidamente los casos e incluso a rastrear los contactos”, declaró.

“Cada gobierno debe redoblar sus esfuerzos para proteger a su propio pueblo, en lugar de depender únicamente de la ayuda externa”.

Transmisión humana

En una [carta](#) publicada el 1 de abril, científicos de la Universidad de Surrey, en el Reino Unido, advirtieron que la mpox está evolucionando desde una transmisión de animal a humano a una propagación sostenida de humano a humano.

Dijeron que el virus, que causa erupciones dolorosas y fiebre, ahora se transmite principalmente a través del contacto íntimo y que están surgiendo variantes del clado I más agresivas.

Los investigadores dijeron que esto es preocupante ya que las variantes parecen estar acumulando mutaciones genéticas específicas impulsadas por enzimas en el cuerpo humano.

Creen que estas mutaciones podrían estar cambiando las propiedades del virus, potencialmente ayudando a la mpox a adaptarse mejor a los huéspedes humanos y mejorar su eficiencia de transmisión.

Los investigadores afirmaron que hay una necesidad urgente de mejores diagnósticos, tratamientos y sistemas de vigilancia, ya que el virus, que no puede erradicarse por completo debido a los reservorios animales o fuentes de la enfermedad, continúa propagándose más allá de África central.

La Unión Europea se enfrenta a un problema creciente con las resistencias antimicrobianas (RAM), que se está agravando por la guerra en Ucrania. Desde 2017, esta nación de Europa del Este enfrenta una grave crisis epidemiológica causada por bacterias gramnegativas, como *Mycobacterium tuberculosis*, *Salmonella*, *Shigella*, *Neisseria gonorrhoeae* o *Pseudomonas aeruginosa*. Esta situación se agravó con la pandemia de covid y la invasión de Rusia a principios de 2022.



Hospital de campaña en Lviv (Ucrania).

La crisis de la RAM en Ucrania es un problema complejo y polifacético que tiene su origen en la falta de conocimientos y educación a nivel clínico, investigador y político.

Resolverlo requiere un enfoque en diferentes direcciones. El país necesita urgentemente más expertos, profesionales formados y tecnologías avanzadas para tratar a los pacientes.

La falta de datos sobre la RAM en Ucrania dificulta el seguimiento y la evaluación, lo que subraya la necesidad de políticas respaldadas científicamente para abordar el reto. Estas deberían regular la prescripción de antibióticos a los pacientes hospitalizados y restringir su uso en el ganado. La mentalidad postsoviética, que a menudo desalienta el debate abierto sobre estas cuestiones, impide aún más el progreso.

Microbios en un país devastado

La resistencia a los antimicrobianos evoluciona más rápido que el desarrollo de nuevos fármacos, por lo que es esencial un uso restringido y responsable de los antibióticos. En Ucrania se han detectado cepas superresistentes y virulentas. Incluso, se han aislado cultivos puros de microorganismos ya resistentes a antibióticos de última generación que aún no se utilizan.

Por lo tanto, el país se ha convertido en un foco crítico de RAM, con consecuencias que se extienden por toda Europa.

Más muertes que por VIH y malaria

Según un estudio, en 2019 las infecciones resistentes a los medicamentos causaron más muertes que el VIH o la malaria. Se estimó que, para 2050, las resistencias antimicrobianas podrían causar hasta 10 millones de muertes, una cifra comparable al número de fallecimientos causados por el cáncer en 2020.

El aumento de la RAM está impulsado en gran medida por la rápida evolución de las bacterias gramnegativas altamente resistentes, que han superado a las cepas grampositivas.

Un ejemplo es *Klebsiella*, una bacteria intestinal común con elevados niveles de resistencia frente a antibióticos críticos. Esta bacteria es capaz de descomponer los fármacos betalactá-

micos, como la penicilina, que inhiben la síntesis de la pared celular bacteriana, provocando su muerte.

Estas resistencias se están observando no sólo en Ucrania, sino ya en toda Europa y otras regiones como Asia y América. Iniciativas como el proyecto [SURE-AMR](#), financiado por la Unión Europea (UE) han comenzado a abordar este desafío.



Estudios de laboratorio con biofilm para eliminar contaminantes del agua, como genes de resistencia a antibióticos.

Mientras, según las [previsiones de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos](#), la resistencia a los antibióticos de último recurso se habrá multiplicado por dos de aquí a 2035, lo que subraya la necesidad urgente de unas prácticas sólidas de administración de antimicrobianos y ampliar la cobertura de la vigilancia a nivel mundial.

Aguas contaminadas por genes de resistencia

La resistencia se produce cuando las bacterias y los hongos evolucionan para resistir los fármacos destinados a eliminarlos, lo que permite que las infecciones persistan y se vuelvan difíciles o incluso imposibles de tratar. Aunque la RAM es un fenómeno natural, se acelera significativamente por el uso excesivo y abusivo de antibióticos y antifúngicos.

Estos medicamentos no sólo atacan a los patógenos nocivos, sino que también alteran los microorganismos beneficiosos, lo que presiona a bacterias y hongos para que se adapten. Los gérmenes resistentes pueden transferir su ADN, incluidos los genes de resistencia, a otros microorganismos, incluso a aquellos que no han estado expuestos previamente a antibióticos o antifúngicos.

Este proceso les permite sobrevivir, propagarse y desarrollar mecanismos de defensa más potentes. La simple eliminación de las bacterias no elimina los genes de resistencia, ya que pueden persistir en las comunidades microbianas y seguir propagándose.

Algunos genes de resistencia a los antibióticos están presentes en las plantas de tratamiento de aguas residuales de muchas regiones de Europa, sobre todo, en el agua procedente de los hospitales. Sin embargo, estas instalaciones no están diseñadas para eliminarlos, lo que permite que los genes contaminen los ríos y acaben llegando a los hogares.

Además, los antibióticos y los genes de resistencia presentes en el estiércol del ganado utilizado para fertilizar los campos acaban en los ecosistemas acuáticos.

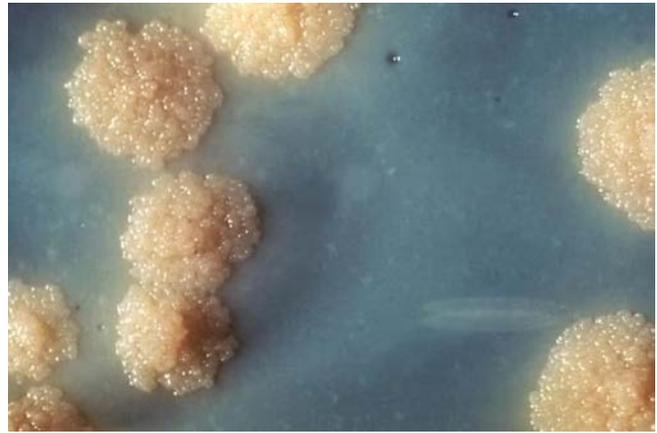
Soluciones para hacerles frente

Para hacer frente a esto, las llamadas [soluciones basadas en la naturaleza](#) ofrecen un enfoque sostenible que consiste en proteger, gestionar o restaurar los ecosistemas para hacer frente a los retos ambientales y sanitarios, fomentando al mismo tiempo la biodiversidad y el bienestar humano.

Los estudios demuestran que las aguas residuales de las depuradoras urbanas contienen [biofilm](#) (formado principalmente por bacterias y microalgas, que crecen cubiertas por una capa natural que las protege, adheridas a una superficie inerte o un tejido vivo) y [comunidades planctónicas que absorben genes de resistencia a los antibióticos](#) y elementos genéticos mó-

viles. El biofilm se forma de manera natural sobre las piedras del agua y ayuda a purificarla descomponiendo estos contaminantes.

Inspirados en este proceso natural, investigadores del Centro Tecnológico de Biodiversidad, Ecología, Tecnología Ambiental y Alimentaria, de la Universidad de Vic - Universidad Central de Catalunya (España), han desarrollado un [sistema a escala piloto en laboratorio como solución basada en la naturaleza](#).



Cultivo del bacilo de la tuberculosis.

Mediante este método, las aguas residuales se recirculan en un biorreactor, permitiendo el crecimiento de biofilm y comunidades planctónicas. En pocos días, el agua queda purificada.

Esta técnica de bajo costo es especialmente adecuado para las depuradoras de pequeñas ciudades. El biorreactor se colocaría a la salida de la depuradora, donde los niveles de nutrientes favorecen el crecimiento del biofilm, que actúa como filtro terciario.

Aprender de la naturaleza

Las soluciones basadas en la naturaleza, como el tratamiento del agua basado en biofilm, ofrecen alternativas prometedoras, pero la RAM debe abordarse desde una perspectiva Una Salud que integre también la medicina humana y veterinaria. [En la atención sanitaria, es crucial invertir en nuevos tratamientos](#) y, al mismo tiempo, garantizar un uso responsable de los antibióticos, reducir su uso indebido y frenar el desarrollo de resistencias.

En [medicina veterinaria](#), es fundamental restringir el uso de antibióticos en animales criados para la alimentación, ya que estos fármacos a menudo se utilizan para acelerar su crecimiento en lugar de tratar enfermedades.

Mejorar la higiene en las explotaciones, el bienestar de los animales y la cobertura vacunal también puede contribuir a limitar la propagación de la RAM.

En definitiva, es esencial un enfoque multifacético que combine el uso responsable de antibióticos, una mayor vigilancia y las intervenciones impulsadas por políticas públicas.

Las mujeres de hoy tienen más posibilidades que nunca de sobrevivir al embarazo y al parto según el importante informe *Tendencias de la mortalidad materna*, publicado el 7 de abril, pero las agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU) destacan la amenaza de un retroceso importante a medida que entran en vigor recortes de ayuda sin precedentes en todo el mundo.

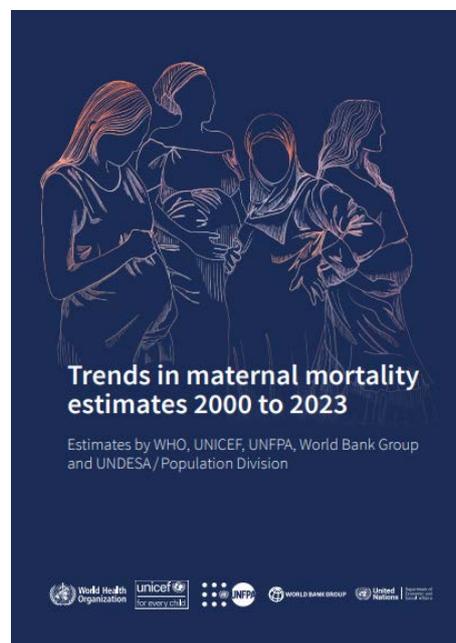
El informe muestra una disminución mundial de 40% en las muertes maternas entre 2000 y 2023, debido principalmente a un mejor acceso a los servicios de salud esenciales. Sin embargo, revela que el ritmo de mejora se ha ralentizado significativamente desde 2016, y que se estima que 260.000 mujeres murieron en 2023 como consecuencia de complicaciones del embarazo o el parto, lo que equivale aproximadamente a una muerte materna cada dos minutos.

El informe se publica en un momento en que los recortes en la financiación humanitaria están teniendo graves repercusiones en la atención sanitaria esencial en muchas partes del mundo, obligando a los países a reducir servicios vitales de salud materna, neonatal e infantil. Estos recortes han provocado el cierre de centros sanitarios y la pérdida de personal sanitario, además de interrumpir las cadenas de provisión de suministros y medicamentos esenciales, como tratamientos para hemorragias, preeclampsia y malaria, todas ellas causas principales de muerte materna.

Si no se toman medidas urgentes, advirtieron las agencias, las mujeres embarazadas en muchos países enfrentarán graves repercusiones, particularmente aquellas en entornos humanitarios donde las muertes maternas ya son alarmantemente altas.

“Si bien este informe ofrece indicios de esperanza, los datos también resaltan lo peligroso que sigue siendo el embarazo en gran parte del mundo hoy en día, a pesar de que existen soluciones para prevenir y tratar las complicaciones que causan la gran mayoría de las muertes maternas”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS). “Además de garantizar el acceso a una atención materna de calidad, será fundamental fortalecer la salud y los derechos reproductivos de las mujeres y las niñas, factores que sustentan sus perspectivas de un desarrollo saludable durante el embarazo y después del mismo”.

El informe también ofrece el primer recuento mundial del impacto de la pandemia de covid en la supervivencia materna. En 2021, se estima que 40.000 mujeres más fallecieron a causa del embarazo o el parto, cifra que aumentó a 322.000 desde las 282.000 del año anterior. Este aumento repentino se relacionó no solo con complicaciones directas causadas por la covid, sino también con interrupciones generalizadas en los servicios de maternidad. Esto pone de relieve la importancia de garantizar dicha atención durante pandemias y otras emergencias,



señalando que las mujeres embarazadas necesitan acceso fiable a servicios y controles rutinarios, así como a atención urgente las 24 horas.

”Cuando una madre muere durante el embarazo o el parto, la vida de su bebé también corre peligro. Con demasiada frecuencia, ambos fallecen por causas que sabemos prevenir”, declaró Catherine Mary Russell, Directora Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. “Los recortes globales a la financiación de los servicios de salud ponen en riesgo a más mujeres embarazadas,



especialmente en los entornos más frágiles, al limitar su acceso a la atención esencial durante el embarazo y al apoyo que necesitan durante el parto. El mundo debe invertir urgentemente en parteras, enfermeras y trabajadores sanitarios comunitarios para garantizar que cada madre y cada bebé tengan la oportunidad de sobrevivir y prosperar”.

El informe destaca las persistentes desigualdades entre regiones y países, así como el progreso desigual. Con una disminución de la mortalidad materna de aproximadamente 40% entre 2000 y 2023, África subsahariana logró avances significativos y fue una de las tres regiones de la ONU, junto con Australia y Nueva Zelanda, y Asia Central y Meridional, que registraron descensos significativos después de 2015. Sin embargo, debido a sus altas tasas de pobreza y los múltiples conflictos, la región de África subsahariana aún representaba aproximadamente el 70% de la carga mundial de muertes maternas en 2023.

Como indicio de una desaceleración del progreso, la mortalidad materna se estancó en cinco regiones después de 2015: África del Norte y Asia Occidental, Asia Oriental y Sudoriental, Oceanía (excluidas Australia y Nueva Zelanda), Europa y América del Norte, y América Latina y el Caribe.

“El acceso a servicios de salud materna de calidad es un derecho, no un privilegio, y todos compartimos la urgente responsabilidad de construir sistemas de salud con recursos suficientes que protejan la vida de cada mujer embarazada y cada recién nacido”, afirmó la Dra. Natalia Kanem, Directora Ejecutiva del Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Al impulsar las cadenas de suministro, el personal de partería y los datos desglosados necesarios para identificar a las personas en mayor riesgo, podemos y debemos poner fin a la tragedia de las muertes maternas prevenibles y a su enorme impacto en las familias y las sociedades”.

Según el informe, las mujeres embarazadas que viven en emergencias humanitarias enfrentan algunos de los mayores riesgos a nivel mundial. Casi dos tercios de las muertes maternas a nivel mundial ocurren actualmente en países afectados por fragilidad o conflicto. Para las mujeres en estos entornos, los riesgos son alarmantes: una niña de 15 años enfrenta un riesgo de 1 en 51 de morir por causas maternas en algún momento de su vida, en comparación con 1 en 593 en países más estables. Los mayores riesgos se presentan en Chad y República Centroafricana (1 en 24), seguidos de Nigeria (1 en 25), Somalia (1 en 30) y Afganistán (1 en 40).

Además de garantizar servicios esenciales durante el embarazo, el parto y el puerperio, el informe destaca la importancia de los esfuerzos para mejorar la salud general de las mujeres, mejorando el acceso a servicios de planificación familiar y previniendo afecciones subyacentes como anemias, malaria y enfermedades no transmisibles que aumentan los riesgos. Tam-

bién será crucial garantizar que las niñas permanezcan en la escuela y que las mujeres y las niñas cuenten con los conocimientos y recursos necesarios para proteger su salud.

Se necesita inversión urgente para prevenir las muertes maternas. Actualmente, el mundo no está en vías de alcanzar la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU relativa a la supervivencia materna. A nivel mundial, la tasa de mortalidad materna tendría que reducirse aproximadamente 15% cada año para alcanzar la meta de 2030, lo que representa un aumento significativo respecto a las tasas anuales actuales de disminución de alrededor de 1,5%.

El informe fue elaborado por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna, integrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Utiliza datos nacionales para estimar los niveles y las tendencias de la mortalidad materna entre 2000 y 2023. Los datos de esta nueva publicación abarcan 195 países y territorios. Sustituye a todas las estimaciones anteriores publicadas por la OMS y el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna.

La meta de los Objetivos del Desarrollo Sostenible para las muertes maternas es una tasa de mortalidad materna mundial de menos de 70 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos para 2030. La tasa de mortalidad materna mundial en 2023 se estimó en 197 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos, una reducción respecto de las 211 de 2020 y las 328 de 2000.

El informe incluye datos desglosados por las siguientes regiones, utilizadas para la presentación de informes sobre los Objetivos del Desarrollo Sostenible: Asia central y Asia meridional; África subsahariana; América del Norte y Europa; América Latina y el Caribe; Asia occidental y África septentrional; Australia y Nueva Zelanda; Asia oriental y Asia sudoriental, y Oceanía, excluida Australia y Nueva Zelanda.

Una muerte materna es una muerte debida a complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, que ocurre cuando una mujer está embarazada o dentro de las seis semanas posteriores al final del embarazo.

<p>El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.</p>	<p>A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.</p>	<p>Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocoba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------