



ARGENTINA

- Situación epidemiológica de la mpox

AMÉRICA

- Brasil: 209 casos sospechosos de intoxicación por metanol, con 16 confirmados
- Canadá: Alertaron sobre la presencia de *Echinococcus multilocularis* en Prince Edward Island
- Estados Unidos: Aumentan las infecciones por bacterias resistentes a los antibióticos

EL MUNDO

- Burkina Faso: La lucha contra el VIH: del miedo a la esperanza
- Chad: Situación epidemiológica del cólera
- Fiji: Por qué los casos de VIH aumentaron más de 1.000%
- Kenia: Alerta máxima en Turkana por el aumento de casos y muertes por leishmaniosis visceral
- Mauritania: Confirmaron 15 muertes relacionadas con la difteria y 202 nuevos casos

- Nigeria: Lanzaron una campaña de vacunación para proteger a 106 millones de niños contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis
- Palestina: La falta de agua obliga a la población debilitada a caminar kilómetros y a sortear peleas en colas interminables
- Samoa: Séptima muerte por dengue de 2025
- Sri Lanka: El uso de antivirales reduce la carga de la gripe estacional
- Vanuatu: El brote de tos convulsa ya alcanzó los 270 casos

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 adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores



Adherentes

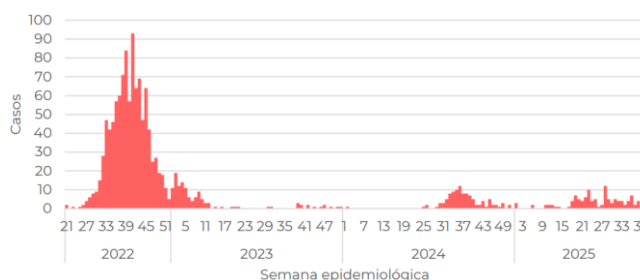


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© 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.

Ante el recrudecimiento de la mpox asociado a la aparición de un nuevo clado del virus –clado Ib–, su rápida propagación en el este de República Democrática de Congo y la notificación de casos en varios países vecinos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo declaró como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII), de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005). A raíz de ello y en virtud de dar difusión a las medidas de prevención, vigilancia y respuesta, el Ministerio de Salud de Argentina emitió una [Alerta Epidemiológica](#) el 16 de agosto, incluyendo la descripción de la situación actual y las directrices vigentes para la vigilancia epidemiológica y las medidas ante casos y contactos, entre otros aspectos relacionados con este evento.



Casos confirmados de mpox, según semana epidemiológica. Argentina. De semana epidemiológica 21 de 2022 a 39 de 2025. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=1.369).

Con el fin de dar una orientación general y una respuesta coordinada, el Ministerio de Salud de Argentina elaboró un [Plan estratégico de preparación y respuesta para Mpox 2024-2025](#). Este Plan es clave para guiar las actividades de preparación y respuesta de salud pública a nivel nacional, jurisdiccional y local, con el objetivo principal de detener los brotes de transmisión de mpox de persona a persona y mitigar su impacto en salud humana a través de medidas coordinadas a nivel nacional. Para facilitar el abordaje de este plan, se han estipulado tres escenarios epidemiológicos frente al ingreso y transmisión de casos de mpox en Argentina:

1. Sin transmisión autóctona, pero con casos importados del clado II.
2. Con casos esporádicos de transmisión autóctona del clado II y sin clado I.
3. Con introducción del clado I.

Si bien el 5 de septiembre de 2025 se dio por finalizada la ESPII, los distintos clados y subclados del virus siguen afectando a diversas regiones geográficas, con variadas dinámicas de transmisión.

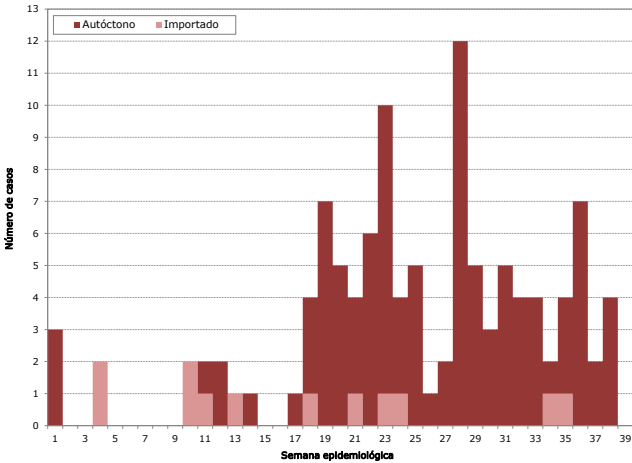
Situación en Argentina

Durante el año 2022 (año epidémico), a partir de la semana epidemiológica (SE) 21, fueron notificados 1.024 casos confirmados. En 2023 se notificaron 124 casos confirmados, principal-

mente en la primera mitad del año, mientras que en 2024 se confirmaron 107 casos, concentrados en la segunda mitad del año. Durante el año en curso, hasta la SE 39, se notificaron 271 casos, de los cuales 114 fueron confirmados.

En 2025, se observa un aumento de casos desde la SE 18, una disminución en la SE 26 y un nuevo aumento desde la SE 28, con un pico de 12 casos en dicha semana. En las últimas SE se confirmaron en promedio cuatro casos por SE. En la SE 38 se detectaron los dos primeros casos confirmados de la provincia de Salta. Ninguno de ellos, hasta el momento actual de la investigación epidemiológica, registra antecedente de viaje, contacto con viajeros o contacto con un caso confirmado.

El 93% de los casos confirmados reside en jurisdicciones de la región Centro, principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (61%) y la provincia de Buenos Aires (27%).



Casos confirmados de mpox, según antecedentes de viaje y semana epidemiológica. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=114).

Provincia/Región	Casos confirmados			Total de notificaciones
	SE 1 a 39	SE 39	SE 36 a 39	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	69	2	9	119
Buenos Aires	32	1	6	89
Córdoba	5	1	1	16
Entre Ríos	—	—	—	1
Santa Fe	—	—	—	4
Centro	106	4	16	229
Mendoza	5	—	—	27
Cuyo	5	—	—	27
Corrientes	1	—	—	2
Formosa	—	—	—	2
Misiones	—	—	—	1
Noreste Argentino	1	—	—	5
Salta	2	—	2	6
Tucumán	—	—	—	1
Noroeste Argentino	2	—	2	7
Chubut	—	—	—	1
Río Negro	—	—	—	1
Santa Cruz	—	—	—	1
Sur	—	—	—	3
Total Argentina	114	4	18	271

Casos notificados y confirmados de mpox según jurisdicción de residencia. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina. (N=271).

En las últimas cuatro SE se confirmaron 18 nuevos casos. Dichos casos corresponden a residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (9 casos), Buenos Aires (6), Córdoba (1) y Salta (2). De ellos, 16 corresponden a personas de sexo masculino, con una mediana de edad de 32 años.

En aquellos casos que consignan información (11 casos), el principal antecedente epidemiológico son las relaciones sexuales con hombres (8 casos) y las relaciones sexuales con parejas nuevas múltiples y ocasionales (4 casos).



BRASIL

209 CASOS SOSPECHOSOS DE INTOXICACIÓN
POR METANOL, CON 16 CONFIRMADOS

06/10/2025

El número de casos sospechosos de intoxicación por metanol en Brasil asciende a 209, según información del Ministerio de Salud del 5 de octubre. Hasta el momento, se han confirmado 16 casos.

Del total, 192 están en São Paulo, 14 confirmados y 178 bajo investigación.

En cuanto a la notificación de muertes, el país cuenta con 15 registros, con dos muertes confirmadas en el estado de São Paulo y 13 en investigación en São Paulo (7), Pernambuco (3), Mato Grosso do Sul (1), Paraíba (1) y Ceará (1).



Hasta el 5 de octubre por la mañana, había 181 casos sospechosos en todo el país, con 14 confirmados.

Se sospecha que los afectados consumieron bebidas adulteradas ofrecidas en puestos no registrados.

Para enfrentar esta crisis, el Ministerio de Salud intensificó la emergencia sanitaria en los distritos afectados. El ministro de Salud, Alexandre Rocha Santos Padilha, anunció el 4 de octubre la adquisición de 12.000 viales de etanol farmacéutico y 2.500 unidades de fomepizol, un medicamento específico como antídoto para intoxicaciones por metanol.

Según precisó, estas adquisiciones fortalecerán la reserva estratégica del Sistema Único de Salud (SUS) y asegurarán el acceso inmediato a los tratamientos en todo el país.

Se espera que los antídotos estén disponibles para fines de la próxima semana y serán distribuidos a hospitales y centros de toxicología en los estados más afectados, incluyendo Bahia, Pernambuco, Paraná, Mato Grosso y el Distrito Federal.

Casos por estado

En total, 13 estados reportaron casos: São Paulo (178 casos sospechosos y 14 confirmados), Pernambuco (10 sospechosos), Mato Grosso do Sul (5 sospechosos), Paraná (2 sospechosos y 2 confirmados), Ceará (3 sospechosos), Goiás (2 sospechosos), Piauí (2 sospechosos), Rio Grande do Sul (2 sospechosos), Distrito Federal (1 sospechoso), Mato Grosso (1 sospechoso),

Paraíba (1 sospechoso), Rio de Janeiro (1 sospechoso) y Rondônia (1 sospechoso). Los estados de Bahia y Espírito Santo descartaron sus casos registrados.

Además, cinco estados registraron defunciones por esta causa: São Paulo (7 sospechosas y 2 confirmadas), Pernambuco (3 sospechosas), Ceará (1 sospechosa), Mato Grosso do Sul (1 sospechosa) y Paraíba (1 sospechosa).

El ministro de Salud, Alexandre Rocha Santos Padilha, advirtió contra el consumo de bebidas destiladas en este momento. “Se trata de un producto recreativo, no de un alimento básico, así que evite este tipo de riesgo. Solo beba si está completamente seguro de la procedencia del producto”, explicó.

Mientras tanto, las autoridades sanitarias de las ciudades afectadas están realizando controles a gran escala para intentar localizar el mayor número posible de lotes contaminados, por lo que están cerrando numerosos comercios considerados sospechosos.

También han intervenido asociaciones de consumidores como el Programa de Protección y Defensa del Consumidor (PROCON), que, sobre todo en São Paulo, la ciudad más afectada, ha intensificado los controles en bares, restaurantes, supermercados y locales nocturnos, verificando etiquetas, envases y facturas.

Mientras tanto, la policía también ha iniciado una carrera contra el tiempo. Se han llevado a cabo operaciones que continúan sin descanso en las fábricas y almacenes de los distribuidores de los estados de São Paulo, Santa Catarina y Minas Gerais, donde se recogen muestras para su análisis.

La Policía Civil de São Paulo sospecha que en las fábricas clandestinas las botellas de bebidas alcohólicas destiladas falsificadas se limpiaban o desinfectaban con metanol antes de ser rellenadas. Hasta ahora se han incautado más de mil botellas, de las cuales 250 han sido analizadas por el Instituto de Criminalística de São Paulo, que ha creado un grupo de trabajo para verificar la adulteración y la contaminación.

En las últimas horas ya se ha producido la primera detención. Un hombre de 50 años fue detenido en São Paulo acusado de ser uno de los principales proveedores de materiales para la falsificación de bebidas alcohólicas, con más de 10.000 botellas adulteradas al mes.

A pesar de que el gobernador del estado de São Paulo, Tarcísio Gomes de Freitas, haya declarado inmediatamente que el principal grupo criminal del país, el Primer Comando de la Capital (PCC), no tiene nada que ver con esta falsificación a gran escala, la Asociación Brasileña de Lucha contra la Falsificación (ABCF) planteó la hipótesis de que el metanol utilizado en las bebidas proviene de distribuidores de combustible vinculados precisamente al PCC.

Según la ABCF, podría tratarse de una reacción del grupo criminal a la operación masiva “Carbonio Occulto”, que en las últimas semanas reveló la penetración del PCC en el sector de los combustibles, donde se añadía metanol a la gasolina para reducir los costos y aumentar los beneficios.

En un comunicado, la ABCF declaró que el cierre en las últimas semanas de distribuidores y mezcladores de combustible “directamente vinculados al crimen organizado puede ser la causa de esta reciente ola de intoxicaciones y envenenamientos de consumidores”. Según la asociación, el PCC y personas cercanas a él podrían “haber revendido dicho metanol a destilerías clandestinas y bandas de falsificadores de bebidas, obteniendo beneficios millonarios a costa de la salud de los consumidores”. La asociación defiende la reactivación del llamado Sistema de Control de la Producción de Bebidas (SICOBEB), cerrado en 2016, para restablecer la trazabilidad de las bebidas en el país. “Desde la suspensión del SICOBEB, que era gestionado por

la Secretaría Federal de Ingresos de Brasil y la Casa de la Moneda de Brasil, los volúmenes de bebidas falsificadas en el país han aumentado enormemente, hasta alcanzar miles de millones de litros, al igual que la evasión fiscal derivada de esta actividad delictiva”, afirmó la ABCF.

Según el Anuario 2025 de la Falsificación de la asociación, el sector de las bebidas fue el más afectado por el mercado ilegal en el último año, con pérdidas estimadas en 16.484 millones de dólares, de los cuales 5.432 millones corresponden a evasión fiscal y 11.052 millones a pérdidas de ingresos de las industrias víctimas de fraudes y falsificaciones. En los primeros ocho meses de 2024 se retiraron 185.000 botellas adulteradas, con una media de una incautación cada dos minutos. En el caso de los destilados, más de un tercio de las ventas en Brasil serían falsificadas. Los grupos delictivos implicados ganarían alrededor de 11.613 millones de dólares al año, mientras que la producción clandestina de licores se ha duplicado entre 2016 y 2022. Entre 2020 y 2024, las fábricas clandestinas de alcohol cerradas por las autoridades en Brasil pasaron de 12 a 80 al año, con un promedio de un cierre cada cinco días.

Un estudio realizado en 2024 por Euromonitor International para la Asociación Brasileña de Bebidas Destiladas (ABBD) reveló que una de cada cinco botellas de whisky o vodka vendidas en Brasil es falsificada. Además, el 28% del volumen de destilados comercializados en el país está relacionado con delitos como el contrabando, la evasión fiscal, la falsificación o la producción sin registro.

Entre los métodos de adulteración más comunes se encuentran el llenado de botellas de marcas conocidas con productos de bajo costo y el uso de alcohol no apto para el consumo humano, como el metanol, extremadamente tóxico. La diferencia de precio sigue siendo el principal atractivo. Los productos falsificados son, de media, 35% más baratos, y en Internet hasta 48% más baratos que los originales.

Según João Garcia, consultor de Euromonitor, factores como “la elevada presión fiscal, las dificultades de control en un territorio tan vasto como el de Brasil, las redes criminales cada vez más sofisticadas y la difusión de canales de venta informales y digitales alimentan la expansión de este mercado ilícito”.

Mientras tanto, el Congreso tiene la intención de presentar un proyecto de ley que equipara la adulteración de bebidas con delitos graves como el homicidio agravado, el secuestro o la violación, con penas de hasta 12 años y, en caso de muerte de la víctima, de hasta 30 años.

El Gobierno de Prince Edward Island informó a la población acerca de la detección de la tenia *Echinococcus multilocularis*, principalmente en zorros y coyotes, en niveles más altos que los informados anteriormente.

Una investigación realizada por el Colegio Veterinario del Atlántico entre 2020 y 2025 muestra que entre 20% y 30% de los zorros rojos y coyotes de la isla son portadores del parásito. Aunque es poco común, puede causar una enfermedad en humanos llamada equinocosis alveolar. Sin embargo, las autoridades de salud pública enfatizaron que el riesgo para la salud humana sigue siendo extremadamente bajo, incluso en regiones donde el parásito está bien establecido.



“Si bien es importante estar alerta, esto no es motivo de alarma. Incluso en zonas de Canadá y Europa donde este parásito lleva tiempo presente, las infecciones humanas son poco frecuentes. Medidas preventivas como lavarse las manos, lavar o cocinar alimentos silvestres y consultar con el veterinario sobre la desparasitación de las mascotas son muy eficaces. El objetivo es proporcionar a los isleños información clara y precisa sobre cómo reducir el riesgo de exposición”, manifestó la Dra. Marguerite Cameron, epidemióloga de la Oficina de Salud Pública.

El parásito se propaga principalmente a través de las heces de animales infectados, como zorros, coyotes y, ocasionalmente, perros. Los humanos pueden infectarse si ingieren accidentalmente huevos microscópicos presentes en alimentos, agua o tierra contaminados, o por contacto cercano con animales expuestos.

“Nuestra comunidad veterinaria conoce la presencia de este parásito y está bien preparada para educar a los dueños de mascotas sobre las medidas preventivas que pueden ayudar a combatir las infecciones”, declaró la Dra. Jill Wood, Jefa Veterinaria de Prince Edward Island. “Mantener a los animales domésticos alejados de los animales salvajes y sus heces, alimentos sin lavar como bayas y verduras silvestres, así como asegurar que los animales se desparasiten regularmente, son medidas que pueden ayudar a prevenir la propagación de este parásito”.

“Este descubrimiento nos permite tomar medidas informadas y proactivas”, afirmó Cameron. “Al colaborar con diversas disciplinas, podemos minimizar el riesgo y mantener seguros a los isleños y a sus mascotas”.

La situación seguirá siendo monitoreada por el Comité de Una Salud de Prince Edward Island, que está formado por expertos en salud pública, veterinaria y vida silvestre, que trabajan en colaboración.

Echinococcus multilocularis es un pequeño cestodo (tenia) perteneciente a la familia *Taeniidae*, responsable de una enfermedad grave en humanos conocida como equinocosis alveolar. Este parásito presenta un ciclo de vida complejo que involucra habitualmente a carnívoros silvestres como el zorro rojo, el perro o el gato como hospedadores definitivos, y a pequeños roedores como hospedadores intermediarios. Los carnívoros eliminan los huevos del parásito en sus heces, los cuales son resistentes y

pueden contaminar el suelo, el agua y los alimentos. Cuando un roedor los ingiere, las larvas se desarrollan en su hígado formando una masa vesicular que imita el crecimiento de un tumor.

El ser humano se convierte en hospedador accidental al ingerir los huevos del parásito, generalmente a través de alimentos contaminados, como frutas silvestres, vegetales o agua no tratada. Una vez dentro del organismo, las larvas migran al hígado y desarrollan lesiones infiltrantes semejantes a un carcinoma metastásico, con múltiples vesículas que destruyen progresivamente el tejido hepático. Por su crecimiento invasivo y su capacidad de diseminarse a otros órganos, la equinocosis alveolar se comporta clínicamente como una enfermedad neoplásica parasitaria.

Desde el punto de vista sanitario, *Echinococcus multilocularis* representa una zoonosis de alta relevancia en regiones frías del hemisferio norte, incluyendo Europa Central, Rusia, China, Japón y partes de América del Norte. Aunque su distribución geográfica ha sido tradicionalmente limitada, la expansión de los zorros hacia zonas urbanas y el aumento del contacto entre fauna silvestre, mascotas y humanos han favorecido su dispersión. En América del Sur, hasta el momento no se ha confirmado la presencia estable del parásito, pero se mantiene una vigilancia activa por el riesgo de introducción.

La equinocosis alveolar tiene un curso clínico lento: pueden transcurrir entre cinco y quince años desde la infección hasta la aparición de síntomas. Los signos iniciales suelen ser inespecíficos, como dolor abdominal, fatiga o hepatomegalia, pero a medida que la enfermedad progresa aparecen ictericia, insuficiencia hepática y, en casos avanzados, metástasis parasitarias pulmonares o cerebrales. Sin tratamiento, la mortalidad puede superar el 90%.

El diagnóstico se basa en estudios de imagen, como ecografía o tomografía computarizada, que revelan las lesiones infiltrantes características, complementados con pruebas serológicas. El tratamiento requiere generalmente resección quirúrgica completa del tejido afectado, combinada con el uso prolongado de antiparasitarios del tipo benzimidazoles (como albendazol). En casos irrecables, el manejo médico debe mantenerse de por vida.

La prevención depende del control veterinario y ambiental: desparasitación regular de perros, reducción del contacto con heces de animales silvestres y lavado cuidadoso de alimentos recolectados en el medio natural. Dada su alta letalidad y difícil tratamiento, *Echinococcus multilocularis* se considera uno de los parásitos más peligrosos para la salud humana, con implicancias que trascienden lo médico para involucrar la gestión de la fauna y la educación sanitaria de las poblaciones rurales y periurbanas.

Las infecciones por bacterias altamente resistentes a los antibióticos, conocidas como NDM-CRE, se dispararon en Estados Unidos, advirtieron esta semana los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La agencia federal subrayó que estas bacterias son un grupo de gérmenes intestinales que han desarrollado resistencia a algunos de los antibióticos más potentes debido a la producción de NDM, lo que las hace extremadamente difíciles de tratar y potencialmente mortales.

“Este aumento abrupto en NDM-CRE significa que nos enfrentamos a una amenaza creciente que limita nuestra capacidad de tratar algunas de las infecciones bacterianas más graves”, afirmó Danielle Rankinla, epidemióloga de la División de promoción de la calidad de la atención de los CDC.

Las afecciones por NDM-CRE incluyen neumonía, infecciones en el torrente sanguíneo, urinarias y de heridas.

Su detección es un desafío, ya que muchos laboratorios clínicos carecen de la capacidad para identificar estas bacterias rápidamente, algo que puede retrasar el tratamiento y aumentar el riesgo de propagación dentro de hospitales y hacia la comunidad.

“Seleccionar el tratamiento correcto nunca ha sido más complicado, por lo que es vital que los profesionales de la salud tengan acceso a pruebas que les ayuden a elegir terapias dirigidas adecuadas”, subrayó Rankin.

Los CDC señalaron que la propagación de NDM-CRE podría estar vinculada a fallos en el control de infecciones, como higiene de manos insuficiente o limpieza inadecuada, así como pruebas limitadas, que dificultan la detección temprana.

En 2020, las infecciones por CRE, el grupo al que pertenece NDM-CRE, fueron alrededor de 12.700 casos y causaron 1.100 muertes en Estados Unidos, constata un informe especial de los CDC sobre el impacto de la covid en la resistencia antimicrobiana.

Un [estudio](#) reciente reveló que entre 2019 y 2023 las infecciones por NDM-CRE aumentaron más de 460% en el país.

Las NDM-CRE son bacterias del grupo Enterobacterales (como *E. coli* o *Klebsiella*) que se han vuelto resistentes a los antibióticos carbapenémicos, considerados de último recurso, gracias a la enzima NDM (New Delhi metallo-beta-lactamasa) que les permite inactivar numerosos antibióticos y las convierte en una amenaza grave para la salud pública.

Los CDC recomendaron a los profesionales de la salud realizar pruebas inmediatas para identificar el tipo de carbapenemasa presente, la enzima que permite a estas bacterias destruir los antibióticos carbapenémicos; además de seleccionar los antibióticos con cuidado según el mecanismo de resistencia y fortalecer las medidas de prevención.



BURKINA FASO

LA LUCHA CONTRA EL VIH:
DEL MIEDO A LA ESPERANZA

06/10/2025

”Cuando descubrí que era VIH positivo, pensé que mi vida había terminado. Quería morir. Pero hoy estoy en plena forma. Dirijo mi negocio y vivo una vida normal”, dijo Alimata, comerciante de Dori que recibe tratamiento antirretroviral desde 2007. Su mirada serena refleja los desafíos que ha superado.



Burkina Faso logró avances notables en la lucha contra el VIH. En 1997, la tasa de prevalencia del VIH era de 7,17%, y descendió a 0,6% en 2023, según el informe de 2024 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Esta drástica disminución es el resultado de una respuesta multisectorial, un firme compromiso político y una movilización comunitaria sin precedentes. “Hoy en día, el país es reconocido como un ejemplo destacado en la subregión por la reducción constante de las nuevas infecciones por VIH y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH (PVVIH)”.

Como muchos otros, Alimata atravesó un período de desesperación tras su diagnóstico. Miedo a la muerte, estigma, rechazo social: barreras que antes parecían insuperables. “Al principio, no me atrevía a hablar de ello, ni siquiera con mi familia. Tenía miedo de ser rechazada, de no poder cuidar de mis hijos”, recordó. Pero gracias a un sistema de salud fortalecido, medicamentos accesibles y un apoyo cercano, recuperó el control de su vida. “Encontré apoyo de profesionales sanitarios y consejeros. Poco a poco, me di cuenta de que el VIH ya no era una sentencia de muerte”.

Hoy en día, según estimaciones del ONUSIDA, alrededor de 95.000 personas viven con el VIH en Burkina Faso. La cobertura de mujeres embarazadas VIH positivas que reciben tratamiento aumentó de 45% en 2015 a 72,91% en 2023. Entre los niños nacidos de madres VIH positivas, 98,73% eran VIH negativos en 2023. Estas cifras reflejan un progreso significativo en la prevención de la transmisión maternoinfantil y demuestran la eficacia de las estrategias implementadas. Las muertes relacionadas con el VIH también han disminuido, de más de 3.000 anuales hace una década a alrededor de 2.600 en 2023.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeñó un papel clave en esta transformación, en particular al apoyar la estrategia “Detección y Tratamiento”, que ofrece tratamiento antirretroviral inmediato a toda persona diagnosticada con VIH, independientemente del estadio

de la enfermedad. Este enfoque acelera la reducción de la carga viral y limita la transmisión. La OMS también apoyó el desarrollo de la estrategia y la guía sobre la Prestación Diferenciada de Servicios (DSD), que incluye la renovación de medicamentos semestrales para personas con VIH y la distribución comunitaria del tratamiento antirretroviral fuera de los centros de salud (RaCoDESS), así como la implementación de indicadores de alerta temprana (EWI) para monitorear la calidad de la atención y prevenir la resistencia. Estas herramientas han permitido al país adaptar las intervenciones a los centros de salud periféricos y garantizar el acceso a los medicamentos incluso en las zonas más remotas.

El apoyo de la OMS va más allá de los aspectos médicos. La Organización también ayuda a fortalecer las capacidades de los equipos nacionales, capacitar a los profesionales sanitarios y desarrollar protocolos adaptados a las realidades locales. Apoya el acceso gratuito a los antirretrovirales, la disponibilidad de pruebas biológicas, el suministro de insumos en zonas con problemas de seguridad y el establecimiento de sistemas de seguimiento para prevenir el desabastecimiento. Esta colaboración técnica y financiera permitió a Burkina Faso mantener el rumbo, incluso en medio de dificultades económicas y de seguridad.

El Dr. Natyon Dieudonné Soma, Coordinador del Programa de Respuesta al VIH del Sector Salud, destacó la importancia de estos avances: “Los antirretrovirales gratuitos, las pruebas biológicas y la disponibilidad de insumos han sido factores clave para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La participación comunitaria y el liderazgo político han sido clave para el éxito de la respuesta”.

En el terreno, los profesionales sanitarios son la columna vertebral de esta lucha. El profesor Ismaël Diallo, responsable del archivo activo del Centro Hospitalario Universitario ‘Yalgado Ouédraogo’, realiza el seguimiento de más de 1.500 pacientes. “El seguimiento a largo plazo sigue siendo un reto, sobre todo en el caso de las poblaciones envejecidas. Sin embargo, el compromiso de los responsables de la toma de decisiones y la participación activa de la comunidad han transformado el panorama de la atención del VIH. Hoy en día, personas que antes se consideraban incurables llevan una vida normal y saludable gracias a un tratamiento continuo e integral”, explicó, enfatizando la necesidad de continuar las iniciativas de concienciación, especialmente entre los jóvenes, para evitar la complacencia en la prevención.

Los actores comunitarios son la cara visible de la esperanza. Moné Marou, consejero psicosocial desde 2006, apoyó a cientos de personas en su proceso de atención. Recordó un caso impactante: “Una mujer, tras recibir su resultado positivo, dejó una nota de suicidio. Gracias a la rápida intervención de su familia y a nuestro apoyo, abandonó esos planes y aceptó recibir atención”, compartió con emoción. Estas historias ilustran el poder del apoyo comunitario y la importancia de escuchar y orientar para combatir el estigma. Los grupos de apoyo, las visitas domiciliarias y los clubes de adherencia se han convertido en espacios esenciales para romper el aislamiento y recuperar la confianza entre las personas con VIH.

La OMS continúa apoyando a Burkina Faso en el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la farmacovigilancia y la adaptación de los protocolos de tratamiento. También colabora en la implementación del Marco Estratégico Nacional 2023-2026, cuyo objetivo es alcanzar las metas “95-95-95” para 2026: que 95% de las personas con VIH conozcan su estado serológico, que 95% de ellas esté en tratamiento y que 95% de las personas tratadas tengan una carga viral indetectable. Estos ambiciosos objetivos están ahora al alcance gracias a la movilización de todos los actores involucrados, desde las autoridades sanitarias hasta las asociaciones de pacientes.

“La OMS se enorgullece de apoyar a Burkina Faso en su lucha contra el VIH. El progreso logrado es fruto del compromiso colectivo, y seguiremos ayudando al país a eliminar el VIH como amenaza para la salud pública”, afirmó el Dr. Casimir Manzengo, Oficial del Programa de VIH de la OMS en Burkina Faso.

Cabe destacar que la lucha contra el VIH/sida en Burkina Faso está impulsada por un sólido liderazgo político, con el Jefe de Estado presidiendo el Consejo Nacional del Sida. La respuesta se basa en un enfoque multisectorial coordinado, estructurado en torno a planes estratégicos quinquenales y un Marco Estratégico Nacional, lo que garantiza una respuesta coherente y alineada con los compromisos nacionales e internacionales.

Con el paso de los años, la lucha contra el VIH en Burkina Faso se ha convertido en algo más que una batalla médica: es un símbolo de solidaridad, resiliencia y esperanza compartida. Detrás de cada estadística hay rostros, familias reunidas, vidas salvadas y sueños renacidos. Aunque el camino aún puede ser difícil, la fuerza colectiva y la determinación de toda una comunidad siguen adelante, superando obstáculos y creyendo en un futuro mejor.

“A veces el camino para conseguir mi medicación es largo y difícil, pero nunca me he rendido. Lucho cada día por mis hijos, y mientras tenga esperanza, sé que aún me quedan momentos hermosos por vivir”, dice Alimata con la voz llena de gratitud y valentía.



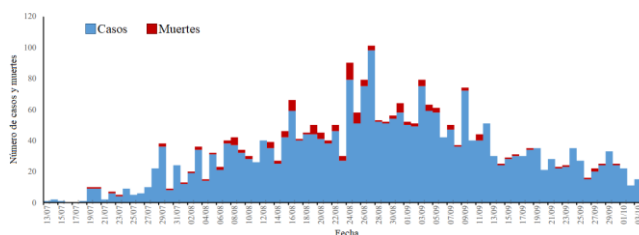
El 13 de julio de 2025, el Ministerio de Salud Pública de Chad recibió la notificación del primer caso sospechoso de cólera en el país, y el 24 de julio se detectó *Vibrio cholerae* O1 Ogawa en dos muestras de cultivo.

Hasta la fecha se ha registrado un total de 2.667 casos, con una tasa de incidencia de 112,52 casos cada 100.000 habitantes. De 184 muestras analizadas, se confirmaron 81 casos mediante cultivo (44,02%).

Se han confirmado 149 muertes, incluidas 64 ocurridas en la comunidad; la tasa de letalidad es de 5,59%.

Las mujeres se ven más afectadas que los hombres (razón de sexos F/M de 1,6). La media de edad de los casos es de 24 años, y los grupos de edad más afectados son los de 5 a 14 años y de 15 a 44 años, que representan 63,6% de los casos.

Diez distritos sanitarios registran actividad del cólera, en tres provincias: Chokoyane, Hadjer Hadid, Adré, Amleyouna, Abeché y Abougoudam en la provincia de Ouaddaï; Abdi, Goz Beïda y Tissi en la provincia de Sila; y Bitkine en la provincia de Guera. Un total de 76 áreas de responsabilidad han notificado al menos un caso.



Casos de cólera y muertes relacionadas. Chad. Del 13 de julio al 4 de octubre de 2025. Fuente: Ministerio de Salud Pública de Chad.

El cólera ha sido una de las enfermedades epidémicas más persistentes en la historia reciente de Chad, estrechamente vinculada a las condiciones sanitarias y al acceso limitado a agua segura. Los primeros brotes documentados se remontan a la década de 1970, coincidiendo con la expansión de la séptima pandemia mundial de cólera, originada en Asia. Desde entonces, la enfermedad se ha convertido en endémica en ciertas regiones del país, particularmente en las zonas ribereñas del lago Chad y a lo largo de los cursos del río Chari y su afluente Logone, donde la densidad poblacional y la escasez de infraestructura de saneamiento favorecen la transmisión.

Durante las décadas de 1990 y 2000, Chad sufrió brotes de gran magnitud, con miles de casos y centenares de muertes, en un contexto marcado por conflictos internos y desplazamientos poblacionales. Las crisis humanitarias, las migraciones transfronterizas y la precariedad de los sistemas de vigilancia epidemiológica complicaron el control de la enfermedad. En 2010 y 2011 se registraron algunos de los brotes más severos, coincidentes con la expansión regional del cólera en África central y occidental.

En los últimos años, aunque la incidencia ha disminuido en comparación con los picos históricos, el cólera sigue reapareciendo de manera estacional, especialmente durante la temporada lluviosa y en comunidades con acceso deficiente a agua potable. El gobierno de Chad, con apoyo de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, ha implementado campañas de vacunación oral y estrategias de prevención basadas en la mejora del agua y el saneamiento, con resultados parciales.

En la actualidad, el cólera continúa representando una amenaza de salud pública en Chad, donde los avances en control epidemiológico conviven con vulnerabilidades estructurales que perpetúan el riesgo de nuevos brotes.

Diez años es la edad de la persona más joven con VIH que Sesenieli Naitala ha conocido.

Cuando fundó la Red de Apoyo a los Sobrevivientes de Fiji en 2013, ese niño aún no había nacido. Ahora es uno de los miles de fijianos que han contraído el virus transmitido por la sangre en los últimos años, muchos de ellos menores de 19 años, y muchos de ellos a través del consumo de drogas por vía intravenosa.



El consumo de drogas intravenosas está agravando la epidemia de VIH en Fiji.

“Cada vez hay más jóvenes que consumen drogas”, declaró Naitala, cuya organización brinda apoyo a trabajadoras sexuales y consumidores de drogas en Suva, la capital de Fiji. “Ese chico era uno de esos jóvenes que compartían agujas en la calle durante la pandemia de covid”.

En los últimos cinco años, Fiji –una pequeña nación del Pacífico Sur con una población de menos de un millón de habitantes– se ha convertido en el foco de una de las epidemias de VIH de más rápido crecimiento del mundo.

En 2014, el país tenía menos de 500 personas viviendo con VIH. Para 2024, esa cifra se había disparado a aproximadamente 5.900, un aumento de once veces.

Ese mismo año, Fiji registró 1.583 casos nuevos, un aumento de trece veces respecto a su promedio quinquenal. De ellos, 41 tenían 15 años o menos, en comparación con solo 11 en 2023.

Estas cifras llevaron al ministro de Salud y Servicios Médicos del país a declarar un brote de VIH en enero. La semana pasada, el viceministro de Salud, Penioni Ravunawa, advirtió que Fiji podría registrar más de 3.000 nuevos casos de VIH para fines de 2025.

“Esta es una crisis nacional”, dijo. “Y no cede”.

Numerosos expertos, defensores y trabajadores de primera línea opinaron sobre las razones de este vertiginoso aumento en el número de casos. Varios señalaron que, a medida que se extiende la concienciación sobre el VIH y disminuye el estigma, más personas se presentaron y se hicieron la prueba.

Al mismo tiempo, sin embargo, también notaron que muchos más permanecen invisibles para las cifras oficiales, y que la verdadera escala del problema es probablemente mucho mayor de lo que sugieren las cifras récord.

‘Compartiendo la sangre’

La base de la epidemia de VIH en Fiji es una tendencia creciente al consumo de drogas, sexo sin protección, uso compartido de agujas y *bluetoothing*.

También conocido como *hotspotting*, este último término se refiere a una práctica en la que un consumidor de drogas intravenosas extrae su sangre después de una dosis y la inyecta a una segunda persona, que luego puede hacer lo mismo con una tercera, y así sucesivamente.

Kalesi Volatabu, directora ejecutiva de la ONG Drug Free Fiji, lo ha visto en primera persona. El pasado mayo, mientras caminaba por la capital fiyiana, Suva, temprano en la mañana, ofreciendo apoyo y educación a los consumidores de drogas en las calles, al doblar una esquina vio a un grupo de siete u ocho personas apiñadas.

“Vi la aguja con la sangre; estaba justo delante de mí”, recordó. “Esta joven ya había recibido la inyección y estaba extrayendo la sangre, y luego había otras chicas, otros adultos, haciendo fila para que les aplicaran esa cosa. No sólo comparten agujas: también comparten sangre”.

También se ha informado sobre el *bluetoothing* en Sudáfrica y Lesoto, dos países con algunas de las tasas de VIH más altas del mundo. En Fiji, la práctica se popularizó en los últimos años, según Volatabu y Naitala.

Una razón de su atractivo, explican, es que el efecto es más económico: varias personas pueden aportar una sola dosis y compartirla. Otra es la comodidad de solo necesitar una jeringa.

Puede resultar difícil conseguirlas en Fiji, donde las farmacias, bajo presión policial, a menudo exigen recetas para jeringas y hay escasez de programas de intercambio de agujas y jeringas.

Si bien existe una creciente aceptación y aprobación para la implementación de dichos programas –que proporcionan equipos de inyección limpios a usuarios de drogas en un intento de reducir la transmisión de infecciones transmitidas por la sangre como el VIH– su implementación en este país altamente religioso y conservador ha demostrado ser un desafío.

Volatabu dice que hay una “drástica escasez” de puntos de distribución de agujas y jeringas, lo que alimenta prácticas peligrosas como compartir agujas y el *bluetoothing*, y hace que las ONG tengan la responsabilidad de distribuir jeringas y condones.

En agosto de 2024, el Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji reconoció al *bluetoothing* como uno de los factores que impulsaban el aumento de casos de VIH en el país. Otro factor fue el *chemsex*, en el que las personas consumen drogas, a menudo metanfetamina, antes y durante las relaciones sexuales.

En Fiji, a diferencia de la mayoría de los demás países del mundo, la metanfetamina cristal se consume predominantemente mediante inyección intravenosa.

El Ministerio de Salud también encontró que, de los 1.093 casos nuevos registrados en los primeros nueve meses de 2024, 223 (alrededor de 20%) fueron por consumo de drogas intravenosas.

Niños que consumen metanfetamina

Fiji se ha convertido en un importante centro de tráfico de metanfetamina cristal en el Pacífico durante los últimos 15 años. Esto se debe en gran medida a su ubicación geográfica entre Asia Oriental y América –algunos de los mayores productores mundiales de esta droga– y Australia y Nueva Zelanda –los mercados con mayores ingresos del mundo–.

Durante ese mismo período, la metanfetamina se ha infiltrado y propagado en las comunidades locales, convirtiéndose en una crisis que, al igual que el VIH, fue declarada recientemente “emergencia nacional”.



El ministro adjunto de salud de Fiji calificó la epidemia de VIH como una “crisis nacional”.

Y según los que están en primera línea, la edad de los usuarios tiende a disminuir.

“Cada vez vemos más jóvenes como estos”, dijo Volatabu. “Cada vez son más jóvenes”.

Las estadísticas nacionales más recientes sobre el VIH en Fiji indican que el consumo de drogas inyectables es la vía de transmisión más común, representando 48% de los casos. La transmisión sexual representó 47% de los casos, mientras que la transmisión materno-infantil durante el embarazo y el parto fue la causa de la mayoría de los casos pediátricos.

Los expertos coinciden en que la falta de educación es un factor central en la epidemia. Volatabu y Naitala están trabajando para cambiar esto, y Naitala afirma que, a medida que se extiende una mayor conciencia sobre los peligros del VIH en la comunidad, el *bluetoothing*, según su experiencia, ha caído en desuso.

Cada vez más personas se realizan pruebas y buscan tratamiento para el VIH, lo que genera datos más sólidos sobre la magnitud de la crisis.

Pero todavía existe la preocupación de que las cifras oficiales de casos sean apenas la punta del iceberg, y existe temor de lo que pueda haber debajo de la superficie.

La avalancha

José Sousa-Santos, director del Centro de Seguridad Regional del Pacífico en la Universidad de Canterbury (Nueva Zelanda), dice que “se está gestando una tormenta perfecta”.

“La preocupación por la crisis del VIH en Fiji afecta a todos los niveles de la sociedad y del gobierno: no solo a lo que está sucediendo ahora mismo, sino a su evolución dentro de tres años y a la falta de recursos en Fiji”, declaró. “Los sistemas de apoyo –la enfermería, la capacidad de distribuir o acceder a los medicamentos para el tratamiento del VIH– simplemente no existen. Eso es lo que aterroriza a la gente que trabaja en la región: Fiji no tiene forma de lidiar con esto”.

Tras declarar un brote en enero, el gobierno de Fiji trató de mejorar su vigilancia del VIH y aumentar su capacidad para abordar la probable falta de notificación de casos.

La Red Mundial de Alerta y Respuesta, a la que se pidió que prestara ese apoyo, afirmó en un reciente informe que “abordar estos problemas acuciantes mediante una respuesta nacional bien coordinada es crucial para revertir la trayectoria de la epidemia del VIH en Fiji”.

En el informe también se señaló que la escasez de personal, los problemas de comunicación, los desafíos con los equipos de laboratorio y el desabastecimiento de pruebas rápidas y medicamentos contra el VIH estaban afectando la detección, el diagnóstico y el tratamiento.

La recopilación de datos es lenta, difícil y propensa a errores, añadió, lo que dificulta los esfuerzos por comprender la magnitud de la epidemia de VIH en Fiji y la eficacia de la respuesta al brote.

Esto deja a muchos expertos, autoridades y ciudadanos fijianos comunes en la oscuridad. Y Sousa-Santos predice una avalancha de casos aún por venir.

“Lo que estamos viendo ahora es el comienzo de una avalancha, pero no se puede detener, porque las infecciones ya se están produciendo o ya se han producido; simplemente no podremos detectarlas y la gente no se hará la prueba hasta dentro de dos o tres años”, afirmó.

“No hay nada que podamos hacer ahora mismo para detener la cantidad de infecciones que ya se han producido durante el último año y que están ocurriendo ahora. Eso es lo realmente aterrador”.

El condado de Turkana, Kenia, declaró una emergencia de salud pública tras el aumento significativo de casos de leishmaniosis visceral, conocida localmente como kala-azar.

Las autoridades sanitarias afirman que 2025 se ha convertido en el peor año registrado para esta mortal enfermedad parasitaria. El condado se ha convertido en el epicentro del kala-azar en el país, con un total de 2.457 casos de kala-azar notificados desde 2020, según datos oficiales del Sistema de Información Sanitaria de Kenia (KHIS). Esto sitúa a Turkana por delante de West Pokot (1.913 casos) y Wajir (905), mientras que Samburu registró solo cuatro casos.

Solo este año, Turkana registró 521 nuevos casos identificados. Los focos de infección en Turkana incluyen Kerio, Nakurio, Nadoto, Kalokeneir, Kanamkemer, Kangatotha, Lokori, Loima y Kibish. Solo en Kibish se reportaron 16 casos y una muerte en 2024, mientras que Turkana Este registró su mayor número histórico a principios de este año.

Joseph Esekoni, miembro del Comité Ejecutivo del Condado de Turkana para la Salud, expresó su preocupación por la creciente prevalencia de la enfermedad en los hospitales locales.

“Estamos viendo más pacientes con síntomas como fiebre, pérdida de peso y hepatoesplenomegalia. Esto representa un desafío apremiante para nuestro sistema de salud”, declaró Esekoni.

El brote alcanzó su punto máximo en junio, cuando el condado registró 125 casos en un solo mes, la cifra más alta registrada en la historia reciente. Aunque las cifras comenzaron a disminuir en agosto, las autoridades sanitarias se mantienen alerta.

“Aún no estamos fuera de peligro. El riesgo de resurgimiento sigue siendo alto si no se priorizan y mantienen las intervenciones”, advirtió Esekoni.

Kenia se encuentra entre los diez países que, en conjunto, representan más de 90% de la carga mundial de kala-azar, y Turkana se identifica constantemente como un foco de contagio.

“Esta declaración no se hace a la ligera, sino que refleja nuestra urgente necesidad de proteger vidas. Debemos actuar ahora para evitar una crisis generalizada”, declaró Esekoni.

En respuesta, el Departamento de Servicios de Salud de Turkana puso en marcha un marco de emergencia de cuatro pilares destinado a frenar la transmisión. Esta estrategia incluye la detección y el tratamiento tempranos de casos, el fortalecimiento de la cadena de suministro médico, la intensificación del control de vectores mediante la limpieza ambiental y la fumigación con insecticidas, y la sensibilización comunitaria acerca de la prevención y el tratamiento temprano.

“El plan requiere una sólida colaboración entre agencias gubernamentales, socios humanitarios, personal sanitario y donantes. No podemos abordar esta emergencia de forma aislada. Su apoyo es crucial para abordar esta urgente amenaza para la salud pública”, declaró.

Hizo hincapié en la necesidad de intervenciones comunitarias más sólidas. “Debemos centrarnos en la identificación y el tratamiento tempranos, respaldados por una mayor concienciación pública y un cambio de comportamiento para mejorar las prácticas de búsqueda de atención médica. Los programas de salud deben priorizar la accesibilidad y la atención”, afirmó.

Los datos muestran picos de infecciones entre octubre de 2024 y enero de 2025, y el Hospital de Referencia del Condado de Lodwar (LCRH) atendió 240 casos en 2024, su mayor número de casos en cinco años. Entre enero y mayo de este año, el hospital ya había atendido a 183 pacientes, superando récords anteriores. Las tasas de mortalidad son igualmente alarmantes: 26 muertes en 2024 y 18 en los primeros cinco meses de 2025, lo que elevó la tasa de letalidad a 6,2%.

Gilchrist Lokoel, Director de Servicios Médicos, describió los planes para ampliar la cobertura de servicios en todos los subcondados: “Nuestro objetivo es una distribución equitativa de los productos sanitarios esenciales para garantizar su disponibilidad y accesibilidad en todos los hogares”.

“El kala-azar es solo uno de los muchos problemas que debemos afrontar si queremos mejorar la salud y la resiliencia de nuestras comunidades”, añadió Esekun. “Entre 2022 y 2025, Kenia registró cerca de 6.000 casos de kala-azar, y Turkana contribuyó con aproximadamente 24% de esa carga”, afirmó Lokoel, y añadió: “Solo en los últimos 12 meses, se reportaron 606 casos en Turkana, distribuidos en casi todos los subcondados, no solo en las zonas endémicas tradicionales”.

Los expertos advierten que la situación indica un empeoramiento de una de las enfermedades parasitarias más mortales del mundo. La leishmaniosis visceral es la segunda enfermedad parasitaria más mortal a nivel mundial, matando a 95% de los pacientes no tratados en dos años. Kenia se encuentra entre los 10 países que, en conjunto, representan 90% de los casos mundiales.

Lokoel atribuye el aumento a factores socioculturales y ambientales.

“Los hombres son los más afectados debido al pastoreo, que los expone a los flebótomos. Los niños también corren riesgo al jugar al aire libre. El estilo de vida nómada dificulta el seguimiento, ya que se perdieron 17 pacientes en 2024 y ocho más este año”, afirmó.

Lokoel indicó que algunas comunidades incluso recurren a tratamientos tradicionales perjudiciales, como la incisión en los pacientes para “desangrar” la enfermedad.

El tratamiento sigue siendo complejo. La terapia estándar dura entre 17 y 28 días y los pacientes deben ser hospitalizados. Sin embargo, Lokoel afirma que persisten importantes deficiencias, como sistemas de salud precarios, capacitación inadecuada de los promotores de salud y capacidad limitada de laboratorio. El LCRH es el único laboratorio de referencia con frecuentes desabastecimientos de medicamentos debido a la escasez de entregas de la Autoridad de Suministros Médicos de Kenia (KEMSA).

Añadió que, sin campañas transfronterizas ni publicidad en los medios, la lucha se vuelve cuesta arriba.

Los analistas advierten que, a menos que se implementen intervenciones urgentes, el aumento de casos podría saturar los centros de salud en el norte de Kenia.

La leishmaniosis visceral es una de las enfermedades parasitarias más importantes de Kenia. Causada por *Leishmania donovani* transmitida por la picadura de moscas de la arena del género *Phlebotomus*, afecta principalmente a las poblaciones del norte y este del país, donde las condiciones climáticas áridas y la pobreza favorecen su propagación.

Los primeros casos documentados en Kenia datan de la década de 1930, en las regiones de Turkana y Baringo, y desde entonces la enfermedad se ha mantenido endémica en varios condados, especialmente en Marsabit, Wajir, Isiolo, Garissa y Kitui. Los brotes recurrentes han sido frecuentes durante períodos de sequía o desplazamiento poblacional, cuando la movilidad de las personas y los cambios ambientales aumentan el contacto con los vectores.

A pesar de los avances en diagnóstico y tratamiento, la enfermedad continúa representando un problema de salud pública. La falta de acceso a servicios médicos, la resistencia al antimonio y la coinfección con VIH agravan su impacto. El Ministerio de Salud de Kenia, junto con la organización Mundial de la Salud y organizaciones locales, impulsa programas de detección temprana, tratamiento gratuito y control vectorial, con el objetivo de reducir su carga y evitar nuevos brotes en las zonas más vulnerables.

Mauritania informó 15 muertes y 202 infecciones por un brote de difteria en el sureste del país.

Un comunicado del Ministerio de Salud dijo el 6 de octubre que las infecciones se registraron en las regiones de Hodh Ech Chargui, Hodh El Gharbi y Assaba.

Las muertes incluyen siete en Assaba y ocho en Hodh El Gharbi.

El ministerio dijo que 41 pacientes permanecen hospitalizados para recibir atención médica, mientras que los casos restantes se han recuperado.

Sin embargo, el Ministerio afirmó que la situación permanece “bajo control”, añadiendo que se han desplegado equipos de respuesta rápida en las zonas más afectadas y se ha reforzado la vigilancia epidemiológica en los puntos fronterizos y centros de salud.

Las autoridades recomendaron posponer el inicio del año escolar en las zonas afectadas, ya que el brote coincide con la apertura del año académico el 13 de octubre.

Mauritania registró decenas de casos de difteria en 2023 y 2024, especialmente en las regiones de Hodh Ech Chargui y Gorgol.

La historia de la difteria en Mauritania refleja la evolución de las enfermedades prevenibles por vacunación en el contexto del África subsahariana. Durante la primera mitad del siglo XX, la difteria –causada por *Corynebacterium diphtheriae*– era una enfermedad poco documentada en el territorio mauritano, en parte debido a la escasa capacidad diagnóstica y a la falta de sistemas de vigilancia. Los primeros registros oficiales comenzaron a surgir tras la independencia del país, en 1960, cuando Mauritania empezó a desarrollar sus estructuras sanitarias nacionales y a integrarse a los programas de salud pública impulsados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Durante las décadas de 1970 y 1980, la difteria seguía considerándose una amenaza esporádica pero potencialmente grave, especialmente en las regiones rurales, donde las condiciones de vida y la cobertura de inmunización eran limitadas. La situación comenzó a cambiar con la creación del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en 1978, que incluyó la vacuna triple bacteriana (contra la difteria, el tétanos y la tos convulsa) como parte del calendario básico infantil. Sin embargo, los desafíos logísticos –distancias extensas, infraestructura deficiente y falta de personal capacitado– dificultaron una cobertura uniforme.

A partir de la década de 1990, con el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y el apoyo de organismos internacionales, Mauritania logró reducir drásticamente los casos de difteria. Los brotes clínicamente confirmados se volvieron raros, aunque continuaron detectándose algunos casos sospechosos en contextos de baja vacunación. La integración de la vacuna pentavalente en la década de 2000 reforzó esta tendencia, elevando la protección infantil contra múltiples enfermedades, incluida la difteria.

En la actualidad, la difteria es una enfermedad de notificación obligatoria en Mauritania, y los casos autóctonos son excepcionales. No obstante, el riesgo persiste, sobre todo en comunidades nómadas o remotas donde las coberturas vacunales pueden ser incompletas. Los esfuerzos sanitarios se centran en mantener altas tasas de inmunización, garantizar el diagnóstico rápido ante cualquier sospecha y prevenir la reintroducción del agente mediante campañas periódicas y cooperación regional. De este modo, la difteria, otrora temida por su alta letalidad, se ha convertido en un problema controlado, pero no totalmente erradicado del panorama sanitario mauritano, como lo demuestra la situación actual.

Nigeria está implementando una de las campañas de vacunación integradas más grandes de su historia, con el objetivo de proteger a unos 106 millones de niños contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis. Esta iniciativa nacional combinará múltiples vacunas y servicios de salud infantil en una sola campaña, garantizando una distribución eficiente de la vacunación a los niños de todo el país.



La campaña se dirige a niños de 0 a 14 años contra el sarampión y la rubéola, y de 0 a 59 meses contra la poliomielitis. Se implementará en dos fases: la primera, que comenzó el 6 de septiembre, abarca 20 estados del norte con alto riesgo y el estado de Oyo, en el suroeste; la segunda fase comenzará en enero de 2026 y se extenderá al resto de los estados del sur.

Para llegar a todas las comunidades, los trabajadores de salud prestarán servicios a través de puestos fijos, puntos de extensión temporales y “equipos de barrido” casa por casa, garantizando que se llegue incluso a los niños en las zonas más remotas y desatendidas.

Además de las vacunas contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis, la campaña integra la inmunización sistemática y otros servicios esenciales de salud infantil, como el tratamiento de enfermedades tropicales desatendidas y la quimioprevención de la malaria estacional en zonas de alto riesgo. Este enfoque holístico respalda la estrategia de Nigeria “Atención Primaria de Salud Bajo un Mismo Techo” e impulsa la agenda de Eficacia de las Campañas de Salud hacia la cobertura sanitaria universal.

La iniciativa responde a los brotes persistentes del poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2), así como a los brotes de sarampión y rubéola en Nigeria y en la cuenca del lago Chad. Nigeria está coordinando con Camerún, República Centroafricana, Chad y Níger mediante un plan de acción transfronterizo para detener los brotes activos para finales de 2025 y eliminar los riesgos restantes para fines de 2026.

El Ministro de Salud y Bienestar Social de Nigeria, Dr. Muhammad Ali Pate, declaró: “En nombre del Gobierno, quiero expresar nuestro profundo respeto y gratitud a los profesionales sanitarios de primera línea de Nigeria por su inquebrantable dedicación. Los insto a que aborden esta campaña con la misma resiliencia y compromiso que han demostrado a lo largo de los años. Como padre, sé que ningún padre rechazaría jamás algo que protege a su hijo. Las vacunas son seguras y salvan vidas”.

Esta campaña se basa en el éxito de dos recientes “Actividades Entre Rondas” en 11 estados del norte (agosto-septiembre de 2025), que llegaron a más de 3,1 millones de niños con vacunas, proporcionaron suplementos nutricionales a 500.000 niños desnutridos y brindaron intervenciones contra la malaria a 150.000 niños.

“El enfoque integrado de Nigeria es un sólido ejemplo para la región. Al aunar esfuerzos contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis, y al trabajar en estrecha colaboración con las comunidades y los socios, nos acercamos al día en que ningún niño africano sufra o muera a causa de estas enfermedades prevenibles”, declaró el Dr. Mohammed Janabi, Director Regional para África de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En preparación para este despliegue nacional, Nigeria también fortaleció los sistemas para garantizar una implementación fluida. Se han movilizado capacitadores en todos los estados, se han rediseñado los procesos de pago para el personal de primera línea para una mayor eficiencia y se han modernizado los sistemas de campaña para integrar los datos de forma más eficaz y salvaguardar su integridad. Estas inversiones garantizarán que todos los trabajadores sanitarios reciban apoyo y que cada niño vacunado se registre con precisión, lo que fortalecerá la rendición de cuentas y la confianza en el programa.

Nigeria también está introduciendo una nueva vacuna combinada contra el sarampión y la rubéola para reemplazar la vacuna contra el sarampión. El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa y potencialmente mortal, especialmente en niños desnutridos, mientras que la rubéola puede causar graves defectos congénitos (síndrome de rubéola congénita) si se contrae durante el embarazo.

La campaña está liderada por el gobierno con el apoyo de la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Alianza para las Vacunas, Rotary International, la Fundación Gates, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, organizaciones de la sociedad civil y líderes tradicionales y religiosos. Se han establecido sólidos mecanismos de coordinación para la financiación, la movilización social, la capacitación, las vacunas y la logística a fin de garantizar el éxito.

Jamal Abu Amer se tambalea bajo el peso de dos contenedores de agua atados a su bicicleta, pedaleando lentamente por los concurridos caminos de Deir al-Balah, en el sur de Gaza. El niño de 11 años ha esperado dos horas en la cola de la mayor estación desalinizadora de Gaza. Ahora, que ha conseguido abastecerse, debe recorrer el kilómetro que le separa de la tienda de su familia, de ocho personas, sin derramar ni una gota, porque cada litro cuenta.

Jamal agita las manos en señal de triunfo cuando ve a otros niños por el camino y levanta el pulgar para celebrar lo que hoy en día se considera un éxito en Gaza: conseguir agua en menos de dos horas, sin que se produzcan peleas en la cola. Hace un mes, “las colas eran la mitad de largas”, dice Jamal a cualquiera que quiera escucharle.

En los campos de desplazados de Al-Mawasi y Deir al-Balah, donde la escasez de combustible ha paralizado las plantas desalinizadoras y los daños de la guerra han dejado las tuberías en ruinas, la victoria de Amer tiene mucho peso.

Según la Organización de Naciones Unidas (ONU), todas las personas en el mundo tienen derecho a acceder a una cantidad de agua suficiente —entre 50 y 100 litros por persona y por día— para uso doméstico y personal. En situaciones de emergencia, el mínimo de agua potable por persona debería ser de 7,5 litros.

Pero en Gaza, incluso esto parece imposible. La mayor parte de la infraestructura de abastecimiento y saneamiento ha sido dañada o destruida durante la campaña militar de Israel, dejando al 96% de los hogares en riesgo de inseguridad hídrica, según datos del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA). En julio, un grupo de expertos de la ONU advirtió de que la restricción deliberada del agua potable por parte de Israel constituye una grave violación del derecho internacional y podría equivaler a un crimen contra la humanidad. “Israel está utilizando la sed como arma para matar a los palestinos”, aseguraron en un comunicado.

La situación ha empeorado desde principios de septiembre, cuando cientos de miles de palestinos que huían del norte de Gaza inundaron el sur. Esta última ola de desplazamientos se produce tras las órdenes de evacuación israelíes previas a una operación terrestre para ocupar la ciudad de Gaza. Esto ha provocado que se duplique la población en lugares donde los sistemas de abastecimiento ya estaban colapsados.

Antes del amanecer, Amer ya está planeando su estrategia. “Paso toda la noche pensando en cómo reducir el tiempo de espera y evitar peleas durante el llenado”, explica. “Así que decido levantarme temprano e ir a la estación para reservar un lugar incluso antes de que empiecen a bombear agua. Coloco mis recipientes en fila hasta que comienzan a operar”.



Niños, jóvenes y adultos esperan, en medio de bidones, su turno para abastecerse de agua en Ciudad de Gaza, el 21 de septiembre de 2025.

El punto de distribución de agua cerca de Deir al-Balah se ha convertido en el centro de la vida cotidiana de miles de personas. Al amanecer, se han formado tres colas distintas, con residentes que llevan bidones de varios tamaños, carros tirados por caballos que transportan barriles de 500 a 1.000 litros y camiones con tanques con capacidad para 20.000 litros. Todos esperan el mismo recurso que distribuyen gratuitamente el ayuntamiento y las organizaciones humanitarias.



Jamal Abu Amer lleva, en el manillar de bicicleta, un bidón y un balde con agua para su familia, que lo espera en una tienda en Al-Mawasi.

La capacidad de la estación no ha aumentado, pero la demanda se ha disparado. Las familias que han huido de Ciudad de Gaza en las últimas semanas se suman a las que han sido desplazadas de Rafah y Jan Yunis desde el inicio del conflicto, lo que ha provocado lo que los trabajadores humanitarios describen como una congestión sin precedentes en todos los puntos de abastecimiento de agua.

“Solíamos esperar una hora, rara vez más, para llenar los bidones en la estación”, dice Khaled al-Tarshan, de 42 años, que ha pasado más de dos horas haciendo cola con su carro tirado por caballos. “Ahora esperamos dos horas o más”.

Al-Tarshan llena dos barriles: un contenedor de 500 litros para su familia y sus parientes que acampan juntos en Al-Mawasi, y un barril de 1.000 litros que vende por 30 dólares para comprar pienso para su caballo, su única fuente de ingresos. El viaje de tres kilómetros de vuelta al campamento se ha vuelto cada vez más difícil, ya que las nuevas familias desplazadas instalan tiendas de campaña a lo largo de las carreteras, lo que estrecha los pasos ya congestionados de gente y vehículos.

Testigos presenciales describen escenas viscerales en los puntos de distribución. Cuando un camión que transporta cuatro tanques de 5.000 litros llega a un nuevo campamento de desplazados en Al-Mawasi, cientos de personas se abalanzan con contenedores de todos los tamaños y formas imaginables. Todo se transforma rápidamente en lo que los lugareños llaman un *tousha*: discusiones verbales que se intensifican hasta convertirse en enfrentamientos físicos antes de que otros residentes desplazados intervengan.

“Soy licenciado universitario, estoy desempleado y no tengo fuentes de ingresos”, dice Asaad Abdel Daem, de 28 años, mientras sostiene dos recipientes de 10 litros tras haberlos llenado con éxito. “Si no consigo llenar mis bidones, mi familia pasará sed, porque la zona donde estamos desplazados es remota y no puedo permitirme comprar agua”.

Abdel Daem huyó de Beit Hanoun, en el extremo norte de Gaza, hace tres meses, pasó un tiempo en Ciudad de Gaza y llegó a Al-Mawasi hace solo una semana con su esposa embarazada, sus padres y sus dos hermanos. Desde su llegada, han esperado tres horas o más a los camiones cisterna, que llegan de forma irregular, si es que llegan.

La crisis se debe a múltiples fallos en cadena que desbordan el ya frágil sistema de abastecimiento de Gaza. Según Barham al-Qarra, director de la oficina de Gaza de la fundación Mercy Worldwide, los desplazados solo recibían entre una cuarta y una tercera parte de sus necesidades de agua ya antes de la reciente afluencia. Esa fracción se ha reducido aún más ahora.

“Solíamos distribuir 10.000 litros al día, y ahora hemos duplicado la cantidad debido al aumento de la demanda, pero seguimos sin poder satisfacer las peticiones de muchos campamentos que nos piden que les proporcionemos agua potable”, afirma Al-Qarra.

Las redes de abastecimiento del lado israelí, ya de por sí limitadas, han sufrido daños debido al avance del ejército por zonas como Jan Yunis. Las plantas desalinizadoras funcionan a la mitad de su capacidad debido a las restricciones en la importación de combustible a través de los pasos fronterizos israelíes. Los pozos propiedad de municipios o particulares han sido destruidos o no pueden funcionar sin electricidad y diésel para los generadores.



Un camión cisterna llega a un campamento en Al-Mawasi.

Médicos Sin Fronteras (MSF) denunció en agosto que podría aumentar la cantidad de agua potable que distribuye en la Franja, pero que Israel bloqueaba la importación de piezas y repuestos clave para desalinizar y tratar el líquido. “Desde junio de 2024, de cada 10 solicitudes de importación de artículos para la desalinización del agua, MSF solo ha obtenido la aprobación de una”, alertó en un [comunicado](#). Este año, MSF ha dejado de suministrar agua en 137 puntos porque las zonas donde estaban ya no son seguras.

Una nueva línea de agua procedente de Egipto ha cubierto parcialmente las necesidades de los hogares, pero no ha resuelto la escasez. Mientras tanto, la concentración geográfica de personas desplazadas en zonas que carecen de infraestructuras básicas ha creado lo que Al Qarra denomina “[un hacinamiento masivo en zonas pequeñas](#)” sin redes adecuadas.

La situación es especialmente grave en las zonas al norte de Al-Mawasi, donde no existe ninguna red de agua. Las familias dependen totalmente de lo que los camiones pueden transportar, lo que crea cuellos de botella en la distribución que se agravan a medida que llegan más personas desplazadas.

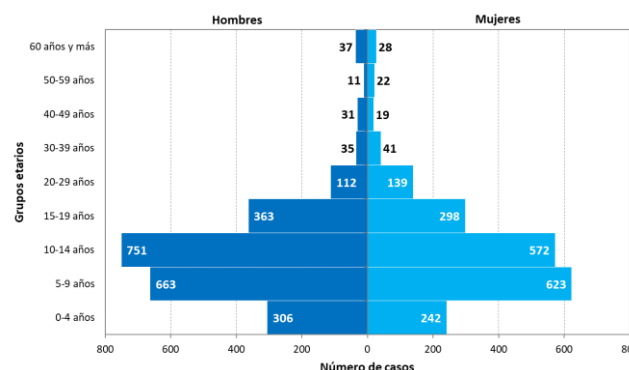
Las mujeres y los residentes de edad avanzada describen las dificultades particulares que plantea la crisis del agua. Muchos no pueden hacer cola durante horas ni transportar contenedores pesados. Dependen de los niños o de familiares más jóvenes, lo que supone una presión adicional para las familias, ya de por sí tensas y cansadas por el desplazamiento.

Las organizaciones de ayuda y las autoridades locales coinciden en que es urgente ampliar las zonas humanitarias para reducir el hacinamiento, reparar las redes de agua, construir nuevas tuberías hacia las zonas de desplazamiento y aumentar las importaciones de combustible para que las plantas desalinizadoras funcionen a pleno rendimiento.

“Hasta que eso se consiga, la crisis empeorará, la gente pasará sed y no podrá ejercer su derecho natural al agua potable ni doméstica”, advierte Al-Qarra. “Esto significa, por un lado, enfermedades derivadas de la deshidratación y, por otro, una limitación de la higiene personal y pública”.

En 2025, hasta el 28 de septiembre, se ha registrado un total de 14.435 casos de dengue diagnosticados clínicamente, de los cuales 4.259 fueron confirmados por laboratorio.

En la semana epidemiológica 39, los casos de dengue disminuyeron 26% en comparación con la semana anterior, con 378 casos de dengue diagnosticados clínicamente notificados en todos los centros de salud de Upolu y Savai'i, incluido el Hospital 'Tupua Tamasese Meaole' (118 casos). De estos, 113 son casos de dengue confirmados por laboratorio.



Casos de dengue confirmados por laboratorio, según grupo etario y sexo. Samoa. Año 2025, hasta el 28 de septiembre. Fuente: Ministerio de Salud de Samoa.

Los serotipos del virus Dengue en circulación son el DENV-1 (91% de los casos) y el DENV-2 (9%).

El grupo etario más afectado es el de los menores de 15 años (74%). Respecto del sexo, 54% son hombres y 46% mujeres.

Hasta la fecha, se han confirmado siete muertes relacionadas con el dengue.

El 74% de todos los casos se notificaron en la isla de Upolu.

En la semana epidemiológica 39, los nuevos ingresos por dengue disminuyeron 28% en comparación con la semana epidemiológica anterior, con 42 nuevos ingresos reportados en todos los centros de salud de Upolu y Savai'i. De los ingresados, 37 fueron dados de alta y siete permanecen hospitalizados, sin casos ingresados en unidades de cuidados intensivos.

En la semana epidemiológica 39, los distritos con más casos reportados fueron Anoamaa 1 (21 casos) en Upolu, y Palauli 2 (13 casos) en Savai'i.

Sri Lanka está reforzando su respuesta a la gripe centrándose en las pruebas rápidas, el tratamiento oportuno y la integración de la salud materna. Con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el país está desarrollando la base empírica sobre la carga de la gripe y el valor de la vacunación, impulsando un enfoque holístico para proteger a las poblaciones vulnerables y mejorar la preparación ante una pandemia.

Sri Lanka está adoptando un enfoque proactivo para reducir las hospitalizaciones y las muertes por gripe estacional, centrándose en las pruebas rápidas y el tratamiento oportuno. Las directrices clínicas nacionales recomiendan el uso de oseltamivir en grupos de alto riesgo, lo que ayuda a prevenir enfermedades graves y a acortar la duración de la infección. Esta estrategia no solo salva vidas, sino que también apoya la producción farmacéutica local, garantizando un suministro constante de antivirales tanto para brotes estacionales como para futuras pandemias.



Un profesional de la salud examina a una mujer embarazada durante una visita domiciliaria.

Un aspecto clave de este esfuerzo es la integración de la atención de la gripe en los servicios de Salud Reproductiva, Materna, Neonatal, Infantil y Adolescente (SRMNI+A), con especial énfasis en la protección de las embarazadas. En 2015 y 2016, la gripe se relacionó con 10% de las muertes maternas en Sri Lanka. Hoy en día, se insta a las embarazadas con fiebre y síntomas respiratorios a buscar atención médica de inmediato, recetándose oseltamivir en un plazo de 24 a 48 horas tras la aparición de los síntomas, cuando corresponda. Las campañas de educación sanitaria y la capacitación en clínicas prenatales garantizan que las mujeres reconozcan los signos de la gripe y busquen atención sin demora. Este enfoque ha sido eficaz para reducir sustancialmente la mortalidad materna por gripe.

En julio de 2025, equipos de la OMS de distintos niveles se reunieron con líderes nacionales de salud, entre ellos la Dra. Asela Gunawardena, Directora General de Servicios de Salud, y la Dra. Hasitha Tissera, Epidemióloga Jefa. Juntos, exploraron cómo Sri Lanka puede fortalecer su estrategia antiviral incorporando las vacunas contra la gripe en un programa de prevención y control más amplio e integral.

De cara al período 2025-2026, el Ministerio de Salud planea analizar la carga de la gripe y el número de hospitalizaciones, muertes y ausentismo que podrían prevenirse mediante la vacunación. Estos estudios complementarán investigaciones recientes de la Universidad de Ruhuna y la Universidad de Duke, que demostraron la rentabilidad de la introducción de vacunas contra la gripe en Sri Lanka. La OMS también apoya las iniciativas para incluir directrices sobre la vacunación contra la gripe en el manual nacional de inmunización, allanando el camino para un uso más eficaz de las vacunas.

Al combinar un tratamiento antiviral rápido, la producción farmacéutica local y el avance de la base empírica para la política de vacunación contra la gripe, Sri Lanka está protegiendo a sus poblaciones más vulnerables y preparándose para futuras pandemias.

El Ministerio de Salud de Vanuatu declaró oficialmente un brote de tos convulsa en la isla de Tanna, provincia de Tafea, el 18 de agosto de 2025. Hasta el 26 de septiembre de 2025, se habían notificado 270 casos en Tanna, Efate y Erromango, que causaron la muerte de tres bebés, con una tasa de letalidad de 1,1%.

Los casos de Efate están epidemiológicamente vinculados al brote de Tanna. Según la transmisión local confirmada, también se ha declarado un brote de tos convulsa en Efate y Erromango.

La mayoría de los casos corresponden al grupo de edad de 0 a 6 meses. De las ocho muestras clínicas enviadas al Laboratorio de Referencia de Enfermedades Infecciosas de Victoria (VIDRL), siete dieron positivo para *Bordetella pertussis*. Las muestras de Efate y Erromango también dieron positivo para *B. pertussis*.

Todos los casos confirmados de tos convulsa corresponden a niños menores de cinco años que no están vacunados o no tienen la pauta completa de vacunación, lo que motiva esfuerzos urgentes para mejorar la cobertura de inmunización.

El Ministerio de Salud activó centros de operaciones de emergencia y colaboró con organizaciones como el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Organización Mundial de la Salud para coordinar actividades de divulgación, campañas en los medios de comunicación y campañas de vacunación puerta a puerta en las zonas de mayor riesgo. La participación comunitaria, la educación y la colaboración con los líderes locales han sido clave para promover la búsqueda temprana de atención médica y aumentar la vacunación.



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.