

28 DE JULIO
2025
REC 2.961

CÓRDOBA

- Confirmaron dos nuevos casos de mpox y suman seis en la provincia

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de covid
- Intensificarán las acciones de vigilancia ante el aumento de casos de tuberculosis

AMÉRICA

- Bolivia: Aumentan a cuatro los fallecidos por tos convulsa en Santa Cruz

- Chile: La inmunización con anticuerpos monoclonales redujo en más de 75% las hospitalizaciones por VSR en bebés

- Estados Unidos: Confirmaron una muerte por infección por *Naegleria fowleri* en South Carolina

- Honduras: Dengue y cambio climático, la factura sanitaria que complica al país

EL MUNDO

- Liberia: Un país marcado por el ébola que se ha concienciado con su salud

- Palestina: En Gaza, uno de cada cuatro niños pequeños y mujeres embarazadas sufren desnutrición

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica del sarampión

- República Democrática del Congo: Colaboración global y local para abordar el problema de la mpox

- Timor-Leste: El país fue certificado como libre de malaria por la OMS

- Timor-Leste: Cuatro muertes humanas por rabia en lo que va del año

- Zambia: Situación epidemiológica de la mpox

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores



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.



El Ministerio de Salud provincial confirmó dos nuevos casos de mpox. La suma total de diagnósticos positivos en Córdoba ascendió a seis.

Ambos pacientes son hombres. Uno de ellos, de 55 años, fue diagnosticado el 8 de febrero. El segundo, de 46 años, fue detectado el 15 de marzo. En los dos se trató de casos importados y fueron atendidos en forma ambulatoria en el Hospital 'Dr. Guillermo Golesbery Rawson' de la ciudad de Córdoba, confirmaron fuentes del ministerio.

Sumado a los cuatro del año 2024 (dos confirmados en septiembre y dos en diciembre), el total de diagnósticos positivos para mpox en Córdoba ascendió a seis.

Aunque la situación está bajo control a nivel local, las autoridades sanitarias instaron a mantener la vigilancia epidemiológica, especialmente ante el aumento de casos en otras jurisdicciones.

La detección de estos casos se produce en el marco de un incremento sostenido de la enfermedad a nivel nacional, situación que se mantiene bajo monitoreo constante por parte del Ministerio de Salud de la Nación. En lo que va del año, se notificaron en el país 164 casos, de los cuales 58 fueron confirmados.

En la última semana se sumaron 28 diagnósticos positivos en toda Argentina. Los casos detectados en el país corresponden exclusivamente al clado II del virus, considerado de menor gravedad que otras variantes circulantes en otras regiones del mundo.

Vigilancia universal de virus respiratorios - Red de Laboratorios

Durante 2024, aun cuando el número de casos de SARS-CoV-2 por semana epidemiológica (SE) fue menor en comparación con los años previos, se observó un ascenso durante las primeras SE del año, concentrándose 80% de los casos entre la SE 1 y la SE 12, con el mayor número de casos registrado entre la SE 3 y la SE 6. Posteriormente, las detecciones semanales disminuyeron y, a partir de la SE 32, los casos volvieron a incrementarse, alcanzando un nuevo pico en la SE 44, aunque con una magnitud menor al ascenso previo. En 2025, hasta la SE 27, los casos se mantuvieron en valores bajos, con 253 detecciones en la SE 24 y la SE 25.

Vigilancia universal de virus respiratorios en personas internadas y fallecidas

Entre la SE 1 y la SE 28 de 2025, se notificaron 1.092 casos de covid en personas internadas. Respecto al mismo periodo del año anterior, esto representa 73,5% menos casos. Los casos de covid en hospitalizados presentaron un ascenso entre la SE 34 y la SE 42 de 2024, seguido de una disminución posterior y valores estables en lo que va de 2025. En la SE 28 de 2025 se registraron 38 casos hospitalizados con este diagnóstico.

Se registraron detecciones en todos los grupos etarios, principalmente en adultos mayores, menores de 1 año y personas mayores de 45 años.

Se notificaron nueve fallecimientos por covid en la última SE.



INTENSIFICARÁN LAS ACCIONES DE VIGILANCIA ANTE EL AUMENTO DE CASOS DE TUBERCULOSIS

24/07/2025

De acuerdo a la información sistematizada por el Ministerio de Salud de Argentina en el último [Boletín Epidemiológico Nacional](#), desde el año 2020 el país registra una tendencia creciente de las notificaciones de tuberculosis. En lo que va del año se han notificado 7.975 casos en todo el país, cifra que representa un incremento de 11% en comparación con el mismo período de 2024.

Desde el año pasado y en respuesta a este escenario, el Ministerio de Salud de la Nación entregó más de 4,6 millones de comprimidos para tratamientos de primera y segunda línea, incluyendo formulaciones pediátricas, y se incorporaron 13 nuevos equipos GeneXpert para diagnóstico molecular, con más de 31.000 cartuchos adquiridos para el año. Además, viene trabajando y capacitando personal en el fortalecimiento de la prevención y el control.

Uno de los mayores desafíos para el control de la tuberculosis es sostener la adherencia a los tratamientos, que pueden durar entre 6 meses y un año. Según la información sistematizada por el Ministerio de Salud de la Nación, 15,9% de los casos notificados en los últimos dos años carecen de información sobre su tratamiento, y que 18,9% de los casos notificados en 2023 aún figuran en tratamiento tras más de 12 meses de haberlo iniciado.

En este sentido, a través de la descentralización de la Red de Diagnóstico y Tratamiento, la cartera sanitaria nacional reforzó el pedido a las 24 jurisdicciones de promover la detección precoz y potenciar el seguimiento del tratamiento.

Otra de las acciones del Ministerio de Salud es focalizar en la búsqueda activa de casos en poblaciones priorizadas, como niños y adolescentes, personas privadas de libertad, pueblos indígenas, migrantes y personas en situación de vulnerabilidad social, especialmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Rosario y el Noroeste Argentino. En paralelo, capacitó a más de 250 promotores sanitarios, conformó una mesa interministerial para el abordaje en niños y adolescentes, y mantuvo un seguimiento activo de traslados entre jurisdicciones y transferencias internacionales de pacientes en tratamiento.

La tuberculosis es una enfermedad prevenible, de notificación obligatoria y con cobertura del 100% garantizada por ley. La vacuna BCG (Bacillus de Calmette y Guérin), incluida en el [Calendario Nacional de Vacunación](#), es la principal herramienta preventiva. Al momento, la cobertura a nivel nacional alcanza al 84,7% de la población objetivo.

La persistencia de la tuberculosis como problema de salud pública demanda una respuesta articulada en todo el territorio nacional. En este sentido, el Ministerio de Salud continúa perfeccionando los sistemas de vigilancia epidemiológica y fortaleciendo el diagnóstico en el primer nivel de atención para anticipar escenarios y planificar intervenciones basadas en la evidencia.

Opinión

BOLIVIA

AUMENTAN A CUATRO LOS FALLECIDOS
POR TOS CONVULSA EN SANTA CRUZ

23/07/2025

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) Santa Cruz, informó que, en lo que va de 2025, se reportaron cuatro fallecimientos por tos convulsa; los últimos dos fallecidos no contaban con la vacuna contra la enfermedad.

“De los más de 600 casos sospechosos se confirmaron 150, y lamentablemente a la fecha han muerto cuatro niños”, informó Jaime Bilbao Barriga, director del SEDES de Santa Cruz.

Los últimos dos fallecimientos reportados la semana pasada debido a la tos convulsa aún serán analizados por el Comité Científico del SEDES. Sin embargo, Bilbao Barriga enfatizó que los dos casos no contaban con la correspondiente vacuna contra la enfermedad.

“La vacunación para proteger a los niños contra esta enfermedad debe realizarse a los 2, 4, 6 meses, un año y seis meses, y su quinta dosis a los 4 años”, agregó.

La vacuna protege a los niños no solo contra la tos convulsa, sino también contra otras cuatro enfermedades: difteria, tétanos, hepatitis B e infecciones por *Haemophilus influenzae* tipo b.

El virus sincicial respiratorio (VSR) es un virus altamente contagioso y representa la principal causa de bronquiolitis y neumonía en bebés menores de un año. Los bebés nacidos tanto a término como prematuros están en riesgo de contraer el virus. El período más vulnerable es desde el nacimiento hasta el primer año de vida.

La inmunización con anticuerpos monoclonales en Chile redujo en más de 75% las hospitalizaciones por VSR en bebés. La campaña nacional de inmunización en Chile logró proteger a más de 90% de los bebés menores de un año.

Un estudio observacional retrospectivo aporta evidencia contundente sobre la efectividad de la estrategia de inmunización implementada para proteger a los lactantes en la temporada 2024 del VSR.

Chile fue el primer país del hemisferio sur en implementar una estrategia universal de inmunización con nirsevimab, administrándolo a más de 145.000 lactantes, lo que permitió proteger a más de 90% de los menores de un año durante su primera temporada de exposición al VSR.

La efectividad observada fue:

- 76,4% de reducción en hospitalizaciones por VSR.
- 84,9% de reducción en ingresos a unidades de cuidados intensivos por VSR.
- 66,5% menos hospitalizaciones por infecciones respiratorias agudas bajas por cualquier causa.
- 47,9% de reducción en hospitalizaciones por cualquier causa.
- 0 muertes por VSR durante la temporada, frente a 13 en la temporada anterior.

Tomar medidas de prevención es clave. La inmunización preventiva representa la mejor estrategia para proteger a los bebés contra el VSR. A diferencia del tratamiento de los síntomas, la prevención puede evitar complicaciones graves y hospitalizaciones, reduciendo significativamente el impacto en la salud de los más pequeños y en el sistema sanitario.

Con las herramientas preventivas disponibles actualmente, podemos ayudar a reducir significativamente el riesgo de infecciones graves y sus complicaciones. Se recomienda consultar con un profesional de la salud para obtener más información sobre las opciones de prevención disponibles.



Una persona en Midlands murió a causa de una infección por la ameba *Naegleria fowleri*, que se presume contrajo en el lago Murray, anunció el 23 de julio el Departamento de Salud Pública del estado.

Un paciente del Hospital Infantil Prisma Health de Midlands falleció recientemente a causa de la infección, confirmó la Dra. Anna-Kathryn Burch, infectóloga pediátrica del hospital. El hospital consultó con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) al responder al caso, añadió.

El Departamento de Salud Pública indicó que tuvo conocimiento del caso el 7 de julio, pero señaló que no es obligatorio reportar las infecciones por *N. fowleri* al Departamento de Salud Pública. Tras especificar que el caso se encontraba en la región de Midlands, el 22 de julio el departamento anunció que se presumía que la infección provenía del lago Murray.

“Este organismo se encuentra de forma natural en muchos lagos, ríos y arroyos de aguas cálidas, pero la infección en humanos es muy poco frecuente. De hecho, este es el primer caso de infección por *N. fowleri* en South Carolina desde 2016”, declaró el departamento. Solo se han reportado 167 casos en todo el país en los últimos 62 años.

Los síntomas suelen aparecer una semana después de la infección e incluyen dolor de cabeza, fiebre, náuseas, vómitos y rigidez de nuca. A medida que la enfermedad progresa, pueden presentarse confusión, pérdida del equilibrio, convulsiones y alucinaciones. La infección es mortal en 95% de los casos, y la muerte ocurre entre uno y doce días después de la infección.

En South Carolina, entre 2010 y 2022, solo se registraron tres casos de infecciones por *N. fowleri*. En todo el país, hubo 40 casos en ese período.

En la emergencia del Hospital Escuela de Tegucigalpa, en la capital hondureña, está Kevin Arteaga, un joven de 22 años que, por primera vez, recorre los pasillos del centro asistencial con un malestar evidente: sospecha padecer dengue.

Sentados, otros dos pacientes aguardan su turno para ser atendidos, mientras conversan sobre los embates de la fiebre y el dolor en sus cuerpos. En este mismo lugar, en lo que va del año, otros 142 hondureños con síntomas del virus llegaron por atención médica, según el último reporte epidemiológico del hospital.



Pacientes con síntomas de dengue en búsqueda de atención médica en el Hospital Escuela de Tegucigalpa.

“Con el calor que hace, más me han picado los zancudos”, dijo Kevin refiriéndose al mosquito del dengue, *Aedes aegypti*, afirmación con mucho sentido de razón de acuerdo al biólogo y máster en enfermedades zoonóticas David Martínez, quien explicó cómo las altas temperaturas producto del cambio climático están favoreciendo los ciclos de vida de este insecto transmisor del dengue.

Durante varios meses del año anterior, la temperatura a nivel nacional osciló entre los 35 y 38°C. Este aumento del calor amplifica, a su vez, la capacidad de propagación de *Ae. aegypti*. De esa manera, se generó en poco tiempo una emergencia sanitaria por dengue con un nivel de transmisión superior a 47%, de acuerdo al [monitoreo de impactos en la salud por cambio climático](#) de la organización The Lancet Countdown.

“Se hizo un estudio con el comité de mortalidad, fueron confirmados 184 fallecidos por la enfermedad en 2024, terminando el año con 177.242 casos a nivel nacional”, puntualizó Lorenzo Pavón, jefe de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de Salud.

Con una población cercana a 1,8 millones de habitantes, Tegucigalpa, la capital del país, cada año se convierte en el epicentro del dengue, poniendo a prueba su endeble red sanitaria.

Fabricio Meléndez, sobreviviente de la enfermedad, es afortunado. En mayo de 2024 fue atendido cuando el Hospital Escuela atravesaba una de sus tantas crisis por falta de cupos. “Prácticamente colapsé, estuve varias horas esperando en una silla, mi mamá estaba preocupada, pues al inicio no había camas”, comentó.

“A esa fecha y desde meses anteriores, 776 pacientes habían sido hospitalizados procedentes de 1.112 barrios y colonias (urbanizaciones) que conforman la capital, pero al ser un centro de referencia nacional, se tuvo la necesidad de abrir provisionalmente otras salas para atender la emergencia”, recordó Miguel Osorio, portavoz de la institución.

¿Bajar la guardia?

De acuerdo al sistema de vigilancia de la Secretaría de Salud, hasta julio de este año hay más de 7.581 casos y cuatro fallecidos a nivel nacional. En el caso del Hospital Escuela, la mayoría

de los pacientes han sido tratados de manera ambulatoria, representando una reducción de 80% en las atenciones en comparación al mismo período del año anterior.

Lamentablemente, las variaciones climáticas extremas producto de las olas de calor y la frecuencia irregular de precipitaciones son condiciones idóneas que alteran el ciclo reproductivo de *Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*, las dos especies de artrópodos asociados a la transmisión del dengue.



Pacientes en la sala de hospitalización de dengue en el Hospital Escuela.

“Solo un mosquito puede llegar a depositar en agua limpia o estancada entre 450 a 500 huevecillos, que en periodos normales eclosionan en siete días. Sin embargo, por las altas temperaturas maduran más rápidamente, acelerando el crecimiento de la larva en menos tiempo”, ejemplificó David Martínez, biólogo y profesor de la Universidad Nacional, quien lleva años estudiando el ciclo de vida de estos organismos.

Si las condiciones no cambian, en poco tiempo las variaciones podrían provocar contagios que oscilen entre 49% y 76% antes de que finalice esta última década.

“Hay un indicador que se monitorea para todos los países de la región de Latinoamérica, llamado la ‘idoneidad climática’ para el dengue, que toma como referencia desde 1960, dando sostenidamente un incremento en las últimas tres décadas que podría desatar mayores índices de mortalidad”, agregó Andrés Lezcano, investigador de enfermedades emergentes por el cambio climático de The Lancet Countdown.

Un virus que enferma la estabilidad y la economía

El tratamiento clínico del dengue grave se divide generalmente en tres etapas: febril, crítica y de recuperación. Como es de esperarse, está en la categoría de enfermedades incapacitantes.

“Estuve casi un mes sin poder trabajar, es difícil estar enfermo y no tener un trabajo estable”, expresó Fabricio, quien ocasionalmente es contratado para el área de mantenimiento de una empresa.

La transmisión en masa es una característica del virus. En áreas urbanas como Tegucigalpa es común que los más afectados sean grupos etarios vulnerables (niños y ancianos), pero hay un segmento social que también se ve afectado: la población económicamente activa que, en su mayoría, trabaja en el sector de la economía informal.

En ese sentido, los sectores público y privado reportaron el año anterior una disminución en las horas de trabajo debido al impacto del dengue en los empleados, según reportes de la [Secretaría de Trabajo y Seguridad Social](#).

“A nivel de productividad, la atención ambulatoria de un caso de dengue puede conllevar a 15 días perdidos, un trato clínico hasta 20 días de hospitalización”, resalta un [informe de lineamientos para el manejo de casos de pacientes con dengue de la Cruz Roja Hondureña](#).

Esta clase de pérdidas repercute directamente en los bolsillos de quien sufre el contagio del virus y representa, adicionalmente, un costo para el presupuesto público fiscal.

“De acuerdo a la gravedad, un paciente con dengue puede llegar a costarle al Estado hasta 4.600 dólares”, dicen las autoridades sanitarias, mientras el costo anual promedio en todos

“El impacto del dengue va más allá de la salud”, apuntó Lezcano, de The Lancet Countdown. “Hay secuelas emocionales, estrés, alteraciones de otras condiciones. Afecta a mujeres embarazadas y genera un impacto social muy grave que hace colapsar los sistemas sanitarios”, refirió el experto.

“Lo que va pasar es una carga mucho más alta y es mortalidad prevenible. También habrá altos costos para el sistema de salud y para nuestros gobiernos que, de por sí, tienen dificultades manejando los presupuestos que se necesitan para todas las necesidades de la población, entonces, esto llevará a peores condiciones de vida”, subrayó Lezcano.

En este caso, Honduras constituye un ejemplo de cómo el cambio climático y su influencia en la propagación del dengue ha provocado pérdidas graves no cuantificables en la salud pública, como la muerte en masa de múltiples personas infectadas o los daños producto de secuelas en el sistema inmunológico, deterioro en las articulaciones o, simplemente, el estrés y el declive en la calidad de vida que ocasiona la enfermedad.

No todo es culpa del cambio climático

“Los vectores que son particularmente insectos se ven muy favorecidos con el cambio climático, pero el problema es que, en sectores urbanos o ciudades, en donde el ambiente no es natural, hay muchísimos más lugares donde criar las larvas por los problemas de agua que tenemos, entonces, estamos facilitando las condiciones para el ciclo reproductivo”, explicó el biólogo Martínez.

REGISTRO DE TEMPERATURA MAXIMA
09 DE MARZO 2025

HONDURAS CENAOs

Map showing the distribution of maximum temperature (T. MAX °C) across Honduras on March 9, 2025. The map is color-coded according to the legend (LEYENDA T. MAX °C), ranging from 17-18°C (green) to 38-40°C (red). Major cities and their recorded temperatures are labeled: Tegucigalpa (32°C), San Pedro Sula (32°C), La Ceiba (32°C), and others. The map includes a compass rose, a scale bar (0-90 km), and logos for Honduran institutions and CENAOs. The title is 'REGISTRO DE TEMPERATURA MAXIMA 09 DE MARZO 2025'.

LEYENDA
T. MAX °C

- 17 - 18
- 18 - 21
- 21 - 23
- 23 - 25
- 25 - 27
- 27 - 29
- 29 - 30
- 30 - 31
- 31 - 32
- 32 - 33
- 33 - 34
- 34 - 35
- 35 - 36
- 36 - 38
- 38 - 40

Fuente: ESTACIONES CIB, PMA, CAMBARAC, SAG, DIBI, AMB, DIBAT, ROG, CENAOs. COPIES 2025
Elaborado por: NUBIA CASTAÑA

Indicador de temperatura en los 18 departamentos de Honduras.

También las condiciones climáticas inciden en distintos tipos de comportamiento, como permanecer más al aire libre y utilizar ropa no tan cubierta, lo que aumenta la exposición a sufrir picaduras de los mosquitos.

Combinación mortal

La inestabilidad climática que está contribuyendo a la transmisión del dengue ha dejado al descubierto otros problemas estructurales del país, como “la ineficiencia en la gestión de la Secretaría de Salud”, de acuerdo con un reciente [informe de la Asociación para una Sociedad más Justa \(ASJ\)](#).



Pacientes en la sala de hospitalización de dengue en el Hospital Escuela.

El virus se ha propagado a niveles exponenciales en comparación a periodos anteriores, “hasta siete veces más que el promedio registrado en los últimos 10 años y el doble del promedio regional, pero los contagios siguen siendo prevenibles, pero no vemos una preparación”, concluyó la experta en temas de salud de la ASJ, Blanca Munguía.

Mientras tanto, la tasa de mortalidad infantil de Honduras a causa del dengue sigue siendo la más alta de Centroamérica. De hecho, “más de 100 menores murieron a causa de la enfermedad en 2024”, [de acuerdo con el registro de la Organización Panamericana de la Salud \(OPS\)](#). Estos datos dejan al desnudo que la crítica situación que vive el país, en parte producto del cambio climático, está afectando el goce efectivo del acceso a la salud de los hondureños.

Para Frank Cruz, coordinador de la Defensoría de Pueblos Indígenas y Afrohondureños del Comisionado Nacional de los Derechos Humanos en Honduras (CONADEH), “son al menos 12 derechos humanos fundamentales, entre ellos la salud, los que se han degradado, principalmente para personas que viven en condición de vulnerabilidad”.

En esa línea, detalló que los impactos del cambio climático están acentuando las desigualdades existentes y limitando el acceso a otros derechos fundamentales, como la vida, el agua, la alimentación, la vivienda, la seguridad, el acceso a la información y a la justicia ambiental.

Además, “enfermedades como el dengue han reflejado una crisis sanitaria que el año pasado desbordó el presupuesto y las capacidades sanitarias de los centros hospitalarios del país”, añadió Cruz.

Aunque, de acuerdo a los datos, las zonas urbanas como Tegucigalpa concentran el mayor número de reportes, para el CONADEH es de especial preocupación lo que ocurre en departamentos como Gracias a Dios, una de las áreas más olvidadas de Honduras y que concentra un alto número de población indígena.

“Este departamento tiene presencia de cuatro pueblos originarios, misquitos, pech, tawahkas y garífunas, quienes poseen una red sanitaria casi nula, solo un centro hospitalario de baja cobertura y sin servicios especializados”, lamentó Cruz.

“Modelo ecológico”, ¿una solución?

Las recientes tendencias del cambio climático no van a ser revertidas en plazos cortos. No obstante, este caso revela la importancia de prevenir y abordar las pérdidas y daños asociados al cambio climático con el fin de resguardar la salud. En ese sentido, los expertos consul-

tados sugieren adoptar un enfoque ecológico que combata el daño ambiental y haga un manejo efectivo de los vectores.

“Los países tienen que adoptar la capacidad de respuesta del sistema de salud, hacerlo más resiliente a enfermedades que se produzcan por el cambio climático”, sugirió Lezcano.

Esto pasa por una inversión costo efectiva, que el país reduzca la dependencia de combustibles fósiles y amplíe las posibilidades de acceder a fuentes energéticas renovables, además de un mejor manejo ecológico de los recursos que promueva la reforestación y una buena gestión de los recursos naturales del país.

“Cuando nosotros vemos estos grandes brotes de dengue, casi siempre se asocian con el área urbana. Esto surge porque no existe un manejo ecológico, hay un descuido en la conservación de especies, en las ciudades hay muchos mosquitos porque no hay depredadores naturales como algunos anfibios, peces, aves e insectos que conserven el equilibrio y controlen a los mosquitos”, detalló el biólogo y experto en enfermedades zoonóticas.

Aunque algunos avances científicos han permitido acceder a vacunas para reducir la mortalidad infantil a causa del dengue, no es una medida perfecta si no se conjuga con la promoción de una mayor conciencia pública encaminada a la eliminación de criaderos y prácticas amigables con el ambiente, como reducir el uso de aerosoles y gases de efecto invernadero.

Por ello, los expertos consideran urgente implementar estrategias de desarrollo local que eviten la urbanización e industrialización descontroladas que fomentan, de distintas maneras, la propagación geográfica del dengue.



Infografía sobre los casos de dengue registrados en años anteriores.



LIBERIA

UN PAÍS MARCADO POR EL ÉBOLA QUE
SE HA CONCIENCIADO CON SU SALUD

24/07/2025

El 26 de julio es el Día de la Independencia de Liberia, un país complejo en el oeste de África que fue marcado por una epidemia que devastó el país y horrorizó al mundo: la enfermedad por el virus del Ébola. Once años después, el sistema sanitario del país toma fuerza con un sistema claro y estructurado que busca robustecer la prevención ante enfermedades, la concienciación con la salud y la confianza en el sistema sanitario.

El 30 de marzo de 2014, Liberia comenzó a caer por un precipicio que parecía no tener fin. Ese día, las frágiles autoridades sanitarias detectaron dos casos del virus de la enfermedad por el virus del Ébola en la región de Lofa, en la frontera con Guinea. Apenas tres días después, un portador viajó a Monrovia. Ahí se desató la tormenta.

En los siguientes dos años, el país sufrió el mayor número de muertes de toda África occidental con 4.809 fallecidos por el virus y una tasa de mortalidad de 45%, a pesar de no ser el que más contagios tuvo con 10.675, por debajo de Sierra Leona.

“La enfermedad por el virus del Ébola nos enseñó muchas cosas y expuso las debilidades de nuestro sistema sanitario y ayudó a reforzarlo”, explicó Emmerson Rogers, coordinador del programa de Enfermedades Tropicales Desatendidas en el Ministerio de Salud de Liberia. “Nuestra sanidad se desmoronó”, añadió.

Por aquel entonces el país con casi 5 millones de habitantes tenía tan solo 50 doctores. Hoy, el sistema se ha reforzado, cuadruplicando el número de doctores hasta tener 1,8 cada 10.000 habitantes y duplicando la inversión en sanidad por parte del gobierno. Aun así, ésta todavía es del 4,8% del presupuesto total, lo que la deja por detrás de la media africana de 7,1% y de la mundial de 10,8%. Eso se refleja también en la tasa de doctores, al estar por debajo de la media africana de 2,6 cada 10.000 habitantes y muy lejos de la media mundial de 17,2 doctores cada 10.000 habitantes.

Una vez acabada la epidemia en 2016, el trabajo no era sólo reforzar el sistema sanitario y hacerlo robusto, una tarea titánica pero que poco a poco el país avanza, sino que también era “recuperar la confianza de la gente”, aseguró Rogers.



Reunión semanal en el Ministerio de Sanidad de Liberia del equipo encargado de las enfermedades tropicales desatendidas.

El equipo del Ministerio de Salud que se dedica a combatir las enfermedades tropicales desatendidas (ETDs) se enfrentaba al inicio con problemas de personas que desconocían las enfermedades como la filariasis linfática, la úlcera de Buruli o la lepra y se negaban a medicarse para prevenirlas.

“Mucha gente comenzó a pensar que si les dábamos una pastilla era porque queríamos infectarles con el virus del Ébola, y aunque el programa de administración masiva de medicamentos ya estaba antes de la epidemia, la gente perdió la confianza”, explicó Rogers. “Tuvimos que hacer mucho trabajo de concienciación y educación a la gente para que recobraran la confianza en el sector público”, añadió.

Cuatro años después del fin de la enfermedad por el virus del Ébola, la pandemia de covid tomó al mundo por sorpresa. A todos, menos a Liberia, que supo cómo actuar. “Aprendimos de la epidemia, tuvimos equipos de emergencia en los condados y la covid no nos debilitó”, dijo orgulloso. Para ello fue vital la concienciación ciudadana, que acompañada por el miedo del pasado hizo que los liberianos supieran lo que no debían hacer para contagiarse. “Cuando la covid llegó, la gente se adhirió a las políticas públicas a primera. Todo el mundo estaba asustado, al final era una pandemia mundial que había cerrado todo”, afirmó Rogers, que aseguró que vino bien para demostrar que ya eran capaces de soportar epidemias. “A pesar de que cerró negocios, en general el país se benefició”, explicó.

En total, Liberia sufrió 8.090 casos y 285 muertes por covid, una tasa que le situó entre los que menos sufrieron y en el décimo país con menos muertes en el continente africano.

Ahora, los oficiales del Ministerio de Salud y ayudantes en el terreno aseguran que la gente de entrada no tiene reparos en tomar el albendazol o la ivermectina, dos de los medicamentos para prevenir la oncocercosis y la filariasis linfática. “Desde la crisis de la enfermedad por el virus del Ébola la gente está más concienciada y predispuesta a tomar medicamentos”, aseguró Karter S.M. Hayes, enfermera responsable del centro de salud St. Peter Claver en Buchanan. “Sí, la gente tiene interés en tomarse los medicamentos”, explicó Christopher Morris, asistente de salud comunitaria en el poblado de Laworta.

Ese sistema de confianza se ha labrado gracias al esfuerzo del Ministerio de Salud y a los programas de entrenamiento y concienciación a personas líderes en su comunidad como Morris, que luego transmiten el saber a sus vecinos y les alertan para que no crean que esas enfermedades que sienten en sus pieles les hacen raros. “Ahora es mucho más sencillo que antes, había mucho mito sobre estas enfermedades, pero con educación en salud nos dimos cuenta que tu salud es tuya sola y si no la cuidas te dañará a ti mismo”, explicó Josephine Wuola, compañera de Morris. “Para quitar esos mitos hay un proceso gradual, debes educarlos y cambiar su mente, pero lo bueno es que, si tienes una hermana o amiga tomando esas pastillas, te la tomarás tú también. Ahora es muy común que la acepten de primera, por eso no vemos casi casos de ETDs”, explicó Wuola.

Una “cascada” de conocimiento como lo define Rogers que comienza desde el Ministerio de Salud en Monrovia. Allí implantaron un sistema bien claro: un responsable por cada condado, un supervisor por cada centro de salud informado y este a su vez a cargo de ayudantes en cada pueblo como Morris y Wuola.



Christopher Morris y Josephine Wuola en la comunidad de Laporta informando a la población sobre las enfermedades tropicales desatendidas.

Toda una máquina que, aunque todavía es imperfecta, como admite Rogers que asegura que “la principal debilidad es la coordinación” pues depende de la “motivación” y de supervisores para hacer una “búsqueda activa” de casos con los voluntarios, algo que no siempre ocurre pero que asegura que “si reforzamos esa área, más casos saldrán”, algo positivo para buscar el objetivo final: reducir a cero las ETDs en Liberia.

Rogers suspiró, consciente de que su tarea es titánica: “Mi trabajo es muy ajetreado en el día a día”, aseguró, pero le pone la pasión de a quién se preocupa por cuidar de los suyos. “Esta es nuestra gente. Si nosotros no les ayudamos, ¿quién lo hará?”, finalizó.



Emmerson Rogers yendo a visitar a los asistentes en un poblado para conocer cómo avanzan en la prevención de enfermedades tropicales desatendidas.

Las autoridades israelíes continúan utilizando deliberadamente el hambre como arma en Gaza, Palestina, y el hambre alcanza niveles sin precedentes, mientras los pacientes y los propios trabajadores sanitarios luchan ahora por sobrevivir, advirtió Médicos Sin Fronteras (MSF).

El personal de MSF recibe a un número cada vez mayor de pacientes desnutridos en sus clínicas, mientras que ellos mismos luchan por encontrar suficiente alimento. En las revisiones realizadas la semana pasada en centros de MSF a niños de seis meses a cinco años, así como a mujeres embarazadas y lactantes, el 25% presentaba desnutrición. En la clínica de MSF en la ciudad de Gaza, al norte de la Franja, el número de personas inscritas para recibir tratamiento contra la desnutrición se ha cuadruplicado desde el 18 de mayo, mientras que las tasas de desnutrición grave en niños menores de cinco años se han triplicado tan solo en las últimas dos semanas.



Esto no es solo hambre, sino una hambruna deliberada, creada por las autoridades israelíes. El uso de alimentos como arma para presionar a la población civil no debe normalizarse. Las autoridades israelíes deben permitir el acceso masivo de alimentos y ayuda humanitaria a Gaza.

“Vemos a diario en nuestra clínica las graves consecuencias de esta escasez en Gaza”, afirmó Caroline Willemen, coordinadora de proyectos en la clínica de MSF en la ciudad de Gaza. “Ahora estamos inscribiendo a 25 nuevos pacientes cada día por desnutrición. Vemos el agotamiento y el hambre en nuestros propios colegas”.

Mientras tanto, cientos de personas que buscan la ayuda que necesitan desesperadamente siguen siendo atacadas por las fuerzas israelíes y contratistas de seguridad privados en los sitios de distribución de alimentos administrados por el representante israelí, la Fundación Humanitaria de Gaza (GHF).

“Lo que estamos viendo es inadmisibile; un pueblo entero está siendo privado deliberadamente de comida y agua, mientras las fuerzas israelíes cometen masacres diarias mientras la gente se pelea por las sobras de comida en los puntos de distribución”, afirmó Amande Bazerolle, jefa de respuesta a emergencias de MSF en Gaza. “Cualquier atisbo de humanidad en Gaza ha sido aniquilado en el genocidio en curso”.

En los últimos dos meses, más de 1.000 personas han muerto y más de 7.200 han resultado heridas, según el Ministerio de Salud, al intentar recoger ayuda, incluyendo una gran proporción en los puntos de distribución de la GHF, que cuenta con el apoyo y la financiación del gobierno estadounidense. A pesar de que estos puntos se establecieron para evitar el desvío de la ayuda, no han contribuido en absoluto a reducir los saqueos.

”Estas distribuciones de alimentos no son ayuda humanitaria, son crímenes de guerra cometidos a plena luz del día y presentados al mundo con un lenguaje compasivo”, afirmó el Dr. Mohammed Abu Mughaisib, coordinador médico adjunto de MSF en Gaza. “Quienes acuden a las distribuciones de alimentos de la Fundación Humanitaria de Gaza saben que tienen las mismas posibilidades de recibir un saco de harina que de salir con una bala en la cabeza”.



Además de las personas heridas en los sitios de GHF, los equipos de MSF han tratado a decenas de pacientes de masacres recurrentes cometidas por las fuerzas israelíes mientras la gente espera la harina de los camiones que pasan.

“Hace unos días, decenas de pacientes ingresaron a urgencias de la clínica Sheikh Radwan, tanto muertos como heridos”, dice Willeman. “Eran personas que se habían acercado a camiones para recoger harina y fueron baleadas sin piedad por las fuerzas israelíes”.

Ese día, los equipos médicos de MSF y del Ministerio de Salud en la clínica, en el norte de Gaza, trataron a 122 personas con heridas de bala que habían recibido disparos mientras esperaban harina; otras 46 personas murieron al llegar.

Para empeorar las cosas, durante la última semana, los comedores comunitarios que proporcionan alimentos a pacientes y personal médico en los hospitales han tenido dificultades para hacerlo, y algunos han tenido que cerrar durante días. Incluso si pueden entregarlos, solo reciben una comida diaria de arroz blanco para los pacientes que necesitan alimentos ricos en nutrientes para recuperarse adecuadamente, y a menudo nada para el personal. Ya no se trata de lo que la gente puede permitirse. Apenas hay comida disponible en la mayor parte de la Franja.

La República Democrática del Congo sigue gravemente afectada por frecuentes brotes de sarampión que afectan a cientos de miles de niños y causan un número significativo de muertes. Entre 2015 y 2024, el país registró 1.190.183 casos sospechosos y 20.162 muertes (tasa de letalidad de 1,7%) a través de su sistema de notificación agregada de casos. Los años 2019 y 2023 fueron particularmente graves, representando más de la mitad del total de casos (622.971) y muertes (11.844), con aproximadamente 311.000 casos y alrededor de 6.000 muertes notificadas cada año.

Durante el mismo período, de los 519 distritos sanitarios del país, el mayor número de brotes confirmados de sarampión notificados se registró en 2023 y 2019, con 316 y 253 distritos sanitarios afectados, respectivamente.

En 2025, hasta la semana epidemiológica 24, se ha notificado un total de 32.572 casos sospechosos y 488 fallecimientos (tasa de letalidad de 1,5%) a través del sistema de notificación de casos agregados. De las 26 provincias del país, tres lideran el número de casos notificados hasta la fecha: Nord-Kivu (6.855 casos), Maniema (5.300) y Haut-Lamami (4.882). Las provincias que más muertes han notificado hasta la fecha son Sud-Kivu (102 muertes), Maniema (94) y Tshuapa (67). Del total de casos notificados, 26.057 (80%) son niños menores de cinco años.

La investigación de casos de sarampión sigue siendo un problema en la República Democrática del Congo. Este año, solo se han investigado 3.017 casos sospechosos (9,3%) de los 32.572 casos totales notificados hasta la fecha, lo que está muy por debajo del objetivo de al menos el 80%. El porcentaje de muestras que llegan al laboratorio para la investigación del sarampión en un plazo máximo de siete días es de 62,0% para 2025, debajo del objetivo de al menos el 80,0% de las muestras recolectadas. De los casos investigados, 1.502 fueron positivos mediante IgM (50,0%), de los cuales 781 (52,0%) correspondieron a niños no vacunados y 421 (28,0%) a niños con estado de vacunación desconocido.

Se han notificado brotes confirmados de sarampión en 105 distritos sanitarios (o zonas sanitarias) de los 519 del país, lo que representa 20,2% del total. Las provincias de Haut-Katanga (21 distritos), Kinshasa (16) y Nord-Kivu (12) lideran el número de distritos con brotes confirmados este año. Los desafíos logísticos en el despliegue de suministros durante las campañas de vacunación, junto con las tasas de rechazo por desconocimiento, se reconocen como obstáculos importantes para los esfuerzos de respuesta.

Acciones de salud pública

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de socios como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), evalúa periódicamente la situación del sarampión en el país mediante reuniones de coordinación y sesiones de revisión a nivel nacional y subnacional.
- Los preparativos para la introducción de la vacuna triple viral (sarampión, parotiditis y rubéola) en el programa nacional de vacunación para las actividades de inmunización rutinaria y complementaria también están en curso con el fin de reducir el impacto de la enfermedad. Se están revisando las herramientas de recopilación de datos, los paneles de

control, las directrices de vacunación y los planes de comunicación para la introducción prevista de la vacuna triple viral.

- Se está planificando una investigación exhaustiva de los brotes de sarampión en las provincias con mayor incidencia y, con el apoyo de los socios, se están entregando kits de gestión de casos de sarampión a estas provincias bajo la supervisión de las autoridades sanitarias.
- También se está llevando a cabo la microplanificación y la movilización de recursos para la respuesta a las campañas de vacunación contra el sarampión en las provincias con brotes confirmados, con campañas de primera respuesta previstas para junio de 2025.

Interpretación de la situación

La eliminación del sarampión en la República Democrática del Congo sigue siendo un importante desafío para la salud pública. Desde agosto de 2010, el país ha experimentado un resurgimiento de brotes de sarampión en casi todas sus provincias. La última evaluación del riesgo de brotes de sarampión, realizada en noviembre de 2024, identificó que 35,6% de los distritos sanitarios presentan un alto riesgo de brotes, incluidos 50 distritos clasificados como de muy alto riesgo y 135 como de alto riesgo. La cobertura deficiente de vacunación contra el sarampión en algunos distritos se ha reconocido sistemáticamente como el principal factor de riesgo de brotes en la República Democrática del Congo. La estimación de OMS/UNICEF para 2023 sobre la vacuna nacional contra el sarampión indica que solo 52% de los niños recibió la primera dosis. Esto pone de relieve la necesidad de que los socios de la República Democrática del Congo redoblen sus esfuerzos para apoyar al país en la eliminación de la enfermedad en un plazo razonable.

La mpox continúa sobrecargando el sistema de salud de la República Democrática del Congo. Entre el 1 de enero y el 31 de mayo de 2025, el país reportó más de 12.000 casos sospechosos y 22 fallecimientos, lo que representa más de 50% de todos los casos de mpox en África este año.

En respuesta, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes Epidémicos (GOARN) están apoyando los esfuerzos del país para fortalecer la atención clínica, mejorar la detección y desarrollar las habilidades y el compromiso de los equipos de respuesta de primera línea.



La GOARN, una red coordinada por la OMS que apoya a los países en la respuesta a emergencias sanitarias mediante el despliegue de personal y recursos, movilizó a siete especialistas para apoyar la respuesta de la República Democrática del Congo a la pandemia. Trabajando tanto sobre el terreno como a distancia desde Nairobi, el equipo aportó su experiencia en tratamiento, análisis de datos, epidemiología y vigilancia de enfermedades.

Entre ellos se encontraba el Dr. Andre Basilua Muzembo, especialista en gestión de casos de la Universidad de Hyogo (Japón). Durante casi dos meses, colaboró con profesionales de la salud a nivel nacional y con equipos de la OMS en logística, prevención de infecciones, vacunación y respuesta a la mpox para garantizar una coordinación eficaz.

En la Clínica Kinois, principal centro de referencia de Kinshasa para casos graves de mpox, brindó apoyo para abordar desafíos críticos. El centro, con 42 camas y un promedio de 20 pacientes, operaba con solo cinco de sus 95 empleados capacitados en el manejo de la mpox. La escasez crónica de guantes, medicamentos y equipo esencial, sumada al acceso limitado a pruebas de laboratorio y las difíciles condiciones de trabajo, contribuyó a una tasa de mortalidad cercana al 10%.

Durante más de 30 visitas a cinco centros de tratamiento de la mpox en Kinshasa, principalmente en la Clínica Kinois, asesoró al personal en atención compasiva, colaboró con sus colegas para mejorar las prácticas de higiene y ayudó a coordinar la entrega de medicamentos y suministros médicos. También colaboró estrechamente con los centros de tratamiento de Kokolo, Vijana, Masina Cinquantenaire y Kinkole para agilizar las derivaciones y mantener la continuidad de la atención.

El equipo de respuesta prestó especial atención a los grupos de alto riesgo, como niños, mujeres embarazadas y personas con VIH. Algunas pacientes embarazadas llegaron con muerte fetal, en parte debido a las dificultades para acceder a herramientas diagnósticas esenciales, como la ecografía. En colaboración con el Programa Nacional de Control del Sida y Médicos Sin Fronteras, al menos cinco pacientes coinfectados con VIH/mpox fueron derivados a tratamiento especializado.

Cuando se detectaron dos casos de mpox en un orfanato de Kinshasa, se administró una vacunación de emergencia a 30 personas en riesgo. Las alertas sobre casos de reclusos infectados en el Hospital Kokolo, seguidas de más de 30 casos reportados en la prisión de Ndolo, subrayaron la necesidad de una mayor cobertura en entornos vulnerables.

Como parte de los esfuerzos para fortalecer el sistema de salud más allá de la respuesta inmediata, 59 trabajadores de primera línea, incluidos 27 médicos y 32 enfermeras de la Clinique Kinois, recibieron capacitación en el manejo clínico de la mpox.

Las fuertes inundaciones complicaron la respuesta al brote, lo que requirió esfuerzos más coordinados y multisectoriales. Los equipos de respuesta se enfrentaron a emergencias superpuestas: gestionaron el mpox y el cólera, a la vez que apoyaban a las comunidades desplazadas. En cuatro centros de evacuación, incluidos Stade Tata Raphaël y Bandalungwa, la OMS y sus socios entregaron suministros esenciales como medicamentos, kits para el cólera y artículos de higiene.

“A pesar de las durísimas condiciones laborales, fui testigo de la importancia de trabajar para salvar vidas con determinación, compasión y espíritu de equipo. La resiliencia no se trata solo de afrontar la adversidad, sino de vivirla con los afectados, escuchar a quienes están al borde de la desesperación y hacer todo lo posible, incluso con los recursos más modestos”, afirmó Muzembo.

Estos despliegues son posibles gracias al despliegue del equipo de apoyo rápido de salud pública del Reino Unido, la Agencia de Salud Pública de Canadá, el Instituto de Investigación de Atención de Enfermería para Personas y Comunidades, la Universidad de Hyogo y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades.

“Esta misión subraya la importancia crucial de la alianza y la colaboración en emergencias sanitarias”, afirmó el Dr. Jerry-Jonas Mbasha, punto focal de la GOARN en la Oficina Regional de la OMS para África y responsable de alianzas operativas de la OMS. “La GOARN es un pilar fundamental del Cuerpo Mundial de Emergencias Sanitarias, ya que garantiza un equipo de trabajo coordinado para emergencias sanitarias, con presencia en los países y conectado a nivel regional y mundial”.

“La GOARN aporta experiencia específica para abordar deficiencias críticas sobre el terreno. Con apoyo práctico y fortalecimiento de capacidades, estamos empoderando a los países para que puedan gestionar las emergencias por sí mismos. Si bien persisten los desafíos en la República Democrática del Congo, nuestra misión constante es trabajar juntos, contener el brote y fortalecer la resiliencia a largo plazo del sistema de salud”, afirmó Mbasha.

Mientras la República Democrática del Congo continúa respondiendo a la mpox, los esfuerzos conjuntos de socios nacionales e internacionales resaltan la importancia de la colaboración. “Esta misión no solo nos ha ayudado a responder al brote, sino que también ha fortalecido el sistema de salud local de maneras que perdurarán mucho más allá del fin de la crisis actual”, afirmó el Dr. Boureima Hama Sambo, Representante de la OMS en la República Democrática del Congo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó a Timor-Leste como libre de malaria, un logro notable para un país que priorizó la enfermedad y se embarcó en una respuesta concertada a nivel nacional poco después de obtener su independencia en 2002.

“La OMS felicita al pueblo y al gobierno de Timor-Leste por este importante hito”, declaró el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “El éxito de Timor-Leste demuestra que la malaria puede detenerse de raíz cuando se unen una firme voluntad política, intervenciones inteligentes, inversión sostenida, tanto interna como externa, y la dedicación de los profesionales sanitarios”.



Con el anuncio de hoy, la OMS certificó a un total de 47 países y un territorio como libres de malaria. Timor-Leste es el tercer país certificado en la Región del Sudeste Asiático de la OMS, uniéndose a Maldivas y Sri Lanka, que obtuvieron la certificación en 2015 y 2016, respectivamente.

La OMS otorga la certificación de eliminación de la malaria cuando un país ha demostrado, más allá de toda duda razonable, que la cadena de transmisión autóctona se ha interrumpido en todo el país durante al menos los tres años consecutivos anteriores.

“Lo logramos. La malaria ha sido uno de nuestros enemigos más implacables: silenciosa, persistente y mortal. Perdimos demasiadas vidas a causa de una enfermedad que debería ser prevenible. Pero nuestros trabajadores de la salud nunca se rindieron, nuestras comunidades se mantuvieron firmes y nuestros socios, como la OMS, nos acompañaron. De 223.000 casos a cero, esta eliminación honra cada vida perdida y cada vida ahora salvada. Debemos salvaguardar esta victoria con vigilancia constante y acción comunitaria para prevenir el regreso de la malaria”, declaró el Dr. Élia António de Araújo dos Reis Amaral, ministro de Salud del Gobierno de Timor-Leste.

Una rápida transición

Desde que obtuvo su independencia en 2002, Timor-Leste ha logrado avances notables en la lucha contra la malaria, reduciendo los casos desde un pico de más de 223.000 casos diagnosticados clínicamente en 2006 a cero casos autóctonos desde 2021 en adelante.

El éxito de Timor-Leste en la eliminación de la malaria se debió a la rápida actuación del Ministerio de Salud en 2003 para establecer el Programa Nacional contra la Malaria, un programa dedicado a la planificación, ejecución y supervisión de las iniciativas de control de la malaria en todo el país. Inicialmente, con solo dos funcionarios a tiempo completo, el programa logró sentar las bases para el progreso desde el principio gracias a un sólido liderazgo técnico, capacidad de gestión y atención al detalle.

En pocos años, el país introdujo pruebas de diagnóstico rápido y una terapia combinada basada en artemisinina como parte de las Directrices Nacionales para el Tratamiento de la Malaria y comenzó a distribuir gratuitamente mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración a las comunidades con mayor riesgo.

En 2009, con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Timor-Leste intensificó las iniciativas nacionales de control de vectores mediante la distribución de mosquiteros tratados con insecticidas de larga duración y la fumigación residual de interiores. También se amplió el diagnóstico de la malaria mediante microscopía y pruebas de diagnóstico rápido en el punto de atención en todos los puestos de salud locales.

Ante la grave escasez de profesionales sanitarios y médicos, Timor-Leste invirtió y desarrolló su sistema de salud de tres niveles –que comprende hospitales nacionales, hospitales de referencia, centros de salud comunitarios y puestos de salud– para garantizar que la mayoría de los residentes puedan acceder a la atención médica a una hora de camino. Además, los ciudadanos reciben servicios de salud gratuitos en el punto de atención, como parte de la política gubernamental de atención sanitaria universal gratuita. Las clínicas móviles mensuales y los programas de extensión comunitaria mejoran aún más los servicios de salud en las zonas rurales.

El éxito de Timor-Leste en la lucha contra la malaria pone de relieve la importancia del liderazgo nacional y la sólida colaboración entre el Ministerio de Salud, la OMS, las comunidades locales, las organizaciones no gubernamentales, los donantes y diversos sectores gubernamentales. Un sistema integrado de vigilancia de casos en tiempo real garantiza la rápida recopilación de datos y la respuesta, mientras que personal sanitario capacitado garantiza la detección y el cribado oportunos de los casos de malaria, incluso en las fronteras. Estos esfuerzos integrados han allanado el camino para que el país recibiera la certificación oficial de libre de malaria.

“La certificación de Timor-Leste como país libre de malaria es un triunfo nacional decisivo, impulsado por un liderazgo audaz, los esfuerzos incansables del personal sanitario y la determinación de su pueblo. Como nación joven, Timor-Leste se mantuvo centrado: realizó pruebas, trató e investigó con rapidez. Acabar con la transmisión y mantener cero muertes requiere más que ciencia; requiere coraje. Esta victoria protege a las generaciones presentes y futuras, y demuestra lo que un país decidido puede lograr”, afirmó el Dr. Arvind Mathur, representante de la OMS en Timor-Leste.

La decisión final sobre la concesión de la certificación de país libre de malaria la toma el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), basándose en una recomendación del Grupo Técnico Asesor sobre la Eliminación y Certificación de la Malaria y la validación del Grupo Asesor sobre Políticas contra la Malaria. Puede consultarse más información sobre el proceso de certificación de país libre de malaria de la OMS haciendo clic [aquí](#).

En 2025, hasta el 17 de junio, se había confirmado un total de cuatro muertes humanas por rabia en Timor-Leste. Estos casos ocurrieron en los municipios de Bobonaro (2 muertes), Ermera (1) y Oecusse (1).

El 17 de mayo de 2025, el Ministerio de Salud de Timor-Leste confirmó un caso mortal de rabia en un hombre adulto del municipio de Ermera. La persona fue mordida por un perro en marzo de 2025 y presentó síntomas como hidrofobia, fotofobia, agresividad, convulsiones y alucinaciones. El 15 de mayo, buscó atención médica y fue trasladada a un hospital nacional. Ese mismo día, se confirmó la infección por rabia mediante una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el Laboratorio Nacional de Salud (NHL) de Timor-Leste, utilizando una muestra de saliva recolectada antes de su fallecimiento.

El 30 de mayo de 2025, se confirmó un segundo caso mortal de rabia en un hombre adulto del municipio de Oecusse. La persona había sido mordida por un perro en junio de 2024 y presentó síntomas como hidrofobia y fotofobia. Acudió a un hospital regional el 27 de mayo de 2025. La infección por rabia se confirmó el 29 de mayo mediante una prueba de RT-PCR en el NHL.

El 13 de junio de 2025, se confirmó un tercer caso mortal en un hombre adulto del municipio de Bobonaro. La persona había sido mordida por un perro aproximadamente dos o tres meses antes de la aparición de los síntomas y desarrolló síntomas como hidrofobia y dificultad para tragar. El 12 de junio, buscó atención médica y fue trasladada a un hospital nacional en Dili. Una muestra de saliva tomada antes de su fallecimiento dio positivo para rabia mediante RT-PCR en el NHL.

El 17 de junio de 2025, se confirmó un cuarto caso mortal en una niña del municipio de Bobonaro. La niña había sido mordida por un perro aproximadamente dos meses antes de la aparición de los síntomas y desarrolló síntomas como hidrofobia, insomnio, alucinaciones, hiperactividad, dificultad para tragar y convulsiones. El 12 de junio, la niña recibió atención médica. Una muestra de saliva dio positivo para rabia mediante RT-PCR en el NHL el 13 de junio. El 14 de junio, la niña fue trasladada a un hospital nacional.

Antes de esto, se notificaron otros dos casos mortales de rabia humana en 2024, lo que elevó a seis el número total de muertes confirmadas por rabia humana desde la aparición de la enfermedad en 2024.

En marzo de 2024, se notificaron los primeros casos confirmados de rabia canina en el municipio de Oecusse. Hasta el 1 de junio de 2025, se habían confirmado 106 casos de rabia animal en Timor-Leste. De estos, 103 (97%) se registraron en perros, dos en cabras (en Bobonaro y Oecusse) y uno en cerdos (en Bobonaro).

El municipio de Oecusse es un enclave de Timor-Leste ubicado en la provincia indonesia de East Nusa Tenggara, donde la rabia es endémica y se reportan casos humanos con frecuencia. Los dos casos humanos mortales de rabia reportados en 2024 ocurrieron en Oecusse. Sin embargo, en 2025, se reportó un caso humano en Ermera, un municipio del interior que no limita con Indonesia. Esto sugiere que la rabia podría estar propagándose más allá de las zonas

fronterizas, lo que resalta la necesidad de ampliar la vigilancia, monitorear el movimiento de perros infectados, la profilaxis posexposición (PEP), la vacunación canina, la educación y la concienciación, y abordar el riesgo de transmisión no detectada en las regiones del interior del país.

Entre marzo de 2024 y el 15 de junio de 2025, se reportaron 1.445 arañazos y mordeduras de perro en Timor-Leste. De estos, 41% se clasificaron como exposiciones de categoría III según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Solo 18% de las exposiciones de categoría III recibieron inmunoglobulina antirrábica. Si bien 66% de las víctimas de mordeduras comenzaron la PEP, la mayoría no completó el tratamiento completo.

Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud de Timor-Leste adoptó las siguientes medidas de respuesta en materia de salud pública:

- El 16 de junio, se celebró una conferencia de prensa para concienciar a la comunidad, recomendando a los ciudadanos vacunar a sus perros, evitar el contacto con animales salvajes, observar cualquier cambio en el comportamiento canino, reportar incidentes de mordeduras de perro para tratamiento inmediato y vacunar contra la rabia. Recientemente, se desarrolló una estrategia de comunicación del riesgo y participación comunitaria (RCCE) para rabia específica para Timor-Leste, con el apoyo del gobierno australiano y especialistas en comunicaciones de salud pública. Se desarrolló material diverso de RCCE, incluyendo folletos (para adultos y niños), artículos de revistas, videos de animación, grabaciones de podcasts y contenido para redes sociales con personas influyentes timorenses prominentes y respetadas, conjuntamente por el Ministerio de Agricultura, Ganadería, Pesca y Silvicultura (MALFF), el Ministerio de Salud y la OMS para crear conciencia sobre la rabia a nivel nacional.
- Con el apoyo del punto focal de salud escolar de la oficina de la OMS en el país, se distribuyeron folletos sobre la rabia entre los niños de las escuelas en zonas de alto riesgo.
- El Gobierno de Timor-Leste reactivó el Grupo de Trabajo Nacional sobre la Rabia y adoptó el enfoque Una Sola Salud, en el que participan el Ministerio de Salud, el MALFF y otras partes interesadas para llevar a cabo una planificación y respuesta conjuntas contra la rabia. Se lanzará una campaña nacional de prevención de la rabia, que aumentará la disponibilidad de vacunas antirrábicas y reforzará la vigilancia de la salud humana y animal, incluyendo la vacunación canina.
- La PEP, que incluye lavado de heridas, vacuna antirrábica e inmunoglobulina antirrábica humana para la inmunización pasiva, está actualmente disponible en los centros de salud públicos. Sin embargo, dado que los casos de mordeduras de perro continúan y se propagan a municipios vecinos, existe una necesidad urgente de solicitar reservas adicionales.
- El Plan Estratégico Nacional para Eliminar la Rabia en Timor-Leste se ha elaborado con el apoyo de la OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal y Australian Aid.

Evaluación de riesgos de la OMS

La rabia es una enfermedad zoonótica desatendida, prevenible mediante vacunación, causada por un virus neurotrópico del género *Lyssavirus*, y es transmisible a todos los mamíferos. Las poblaciones de los órdenes Carnivora y Chiroptera se consideran los principales huéspedes reservorios, y la fuente más común de exposición de los humanos al virus de la rabia. En hasta 99% de los casos de rabia en humanos, los perros domésticos (mascotas y perros callejeros) son responsables de la transmisión del virus a los humanos. La transmisión de la rabia es a

través de la saliva, generalmente a través de mordeduras y no mordeduras (arañazos o lamidos en piel/mucosas abiertas). El virus de la rabia no se transmite a través de la piel intacta.

La PEP es la respuesta de emergencia a una exposición a la rabia y consiste en un lavado extenso con agua y jabón durante al menos 15 minutos y un tratamiento local de la herida lo antes posible después de una presunta exposición; un ciclo de vacuna antirrábica eficaz que cumpla con los estándares de la OMS; y la administración de inmunoglobulina antirrábica o anticuerpos monoclonales en la herida, si es elegible.

La OMS evalúa el riesgo que supone este evento como alto a nivel nacional, moderado a nivel regional y bajo a nivel mundial debido a lo siguiente:

1. El país estaba previamente clasificado como “libre de rabia” y reportó los primeros casos en 2024. En 2025, se reportaron varios casos mortales de rabia en humanos en un corto período de tiempo en varios municipios.
2. Por lo tanto, es probable que la experiencia y el conocimiento de los trabajadores comunitarios y sanitarios sobre la rabia sean limitados. En general, los profesionales sanitarios tienen conocimientos limitados sobre la gestión de casos de rabia y de mordeduras y arañazos de perros.
3. En 2024, la cobertura de vacunación canina en la provincia de East Nusa Tenggara, Indonesia, fue de tan solo 5,5%, y en 2022, de 24%, siendo necesaria una cobertura de 70% como principal medida técnica de control. Hasta el momento, las iniciativas de vacunación en Timor-Leste se han centrado en los municipios de alto riesgo; sin embargo, ampliar estas iniciativas a otras zonas sigue siendo un desafío debido a la escasez de recursos.
4. Timor-Leste tiene una población importante de perros callejeros y no vacunados, incluso en las zonas fronterizas con Indonesia.
5. Anteriormente, los centros de salud gubernamentales no contaban con vacunas antirrábicas para humanos. La Oficina de la OMS en Timor-Leste adquirió 6.000 dosis de vacunas antirrábicas y 1.000 viales de inmunoglobulina antirrábica, y los distribuyó a los centros de salud.
6. No todos los humanos mordidos por un animal sospechoso de tener rabia (principalmente perros) reciben la PEP adecuada y oportuna, debido a varias razones.
7. La provincia de East Nusa Tenggara en Indonesia comparte fronteras terrestres con Timor-Leste, y las medidas de control para limitar el movimiento de animales, en particular perros no vacunados, a través de estas fronteras son un desafío debido al terreno y la extensión de la frontera terrestre.
8. La confirmación de un caso de rabia humana en el municipio de Ermera, un distrito interior no fronterizo, indica una posible propagación geográfica más amplia dentro de Timor-Leste y sugiere lagunas en la vigilancia y la cobertura de vacunación más allá de las zonas de alto riesgo previamente conocidas.

Consejos de la OMS

Aunque existe una vacuna animal altamente eficaz desde hace más de un siglo, la rabia sigue siendo enzoótica en más de 150 países y territorios, principalmente en Asia y África. La rabia está incluida en la [Hoja de Ruta 2021-2030 de la OMS para el Control Mundial de las Enfermedades Tropicales Desatendidas](#), que establece objetivos regionales progresivos para la eliminación de enfermedades específicas. Al ser una enfermedad zoonótica, requiere una estrecha coordinación intersectorial a nivel nacional, regional y mundial. La clave para implementar programas eficaces de eliminación de la rabia reside en colaborar con las comunidades locales, empezar con medidas pequeñas, impulsar la inversión a largo plazo mediante paque-

tes de estímulo, asegurar la implicación de los gobiernos, demostrar éxito y rentabilidad, y ampliar rápidamente la escala.

La eliminación de la rabia es factible y alcanzable si se prioriza este objetivo y se apoya financiera y políticamente.

- **Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria (RCCE)**

Concientizar sobre la rabia mediante la participación comunitaria y el empoderamiento de las personas es fundamental en la respuesta a la rabia. Las actividades de RCCE deben incluir la comprensión de cómo prevenir la rabia en animales, cuándo sospechar de la enfermedad y qué hacer en caso de exposición. Es fundamental lavar adecuadamente las heridas con jabón y abundante agua durante 15 minutos como medida de primeros auxilios, y buscar tratamiento inmediato en caso de exposición a un animal rabioso.

La educación sobre el comportamiento canino y la prevención de mordeduras tanto para niños como para adultos es una extensión esencial de los programas de vacunación contra la rabia y puede reducir tanto la incidencia de la rabia humana como la carga financiera del tratamiento de las mordeduras de perros.

- **Inmunización de personas**

Existen vacunas e inmunoglobulinas antirrábicas muy eficaces para inmunizar a las personas tras una presunta exposición a la rabia (PEP). El manejo adecuado de las heridas y el acceso inmediato a una PEP de calidad garantizada tienen una eficacia casi de 100% en la prevención de muertes por rabia en humanos.

La profilaxis preexposición (PrEP) se recomienda para personas con ocupaciones de alto riesgo (como personal de laboratorio que manipula virus vivos de la rabia y relacionados con la rabia) y para personas cuyas actividades profesionales o personales puedan implicar contacto directo con murciélagos u otros mamíferos que puedan estar infectados con rabia (como personal de control de enfermedades animales y guardabosques). La PrEP también podría estar indicada para viajeros que eligen el turismo de aventura y personas que viven en zonas remotas con alta endemia de rabia y con acceso limitado a medicamentos biológicos. Las personas expuestas con PrEP aún necesitan una dosis de refuerzo; sin embargo, se aplican esquemas abreviados y no se requiere inmunoglobulina antirrábica humana.

- **Riesgo de exposición e indicaciones para la PEP**

Dependiendo de la gravedad de la exposición, se recomienda administrar un ciclo completo de PEP de la siguiente manera:

Categorías de contacto con un animal sospechoso de rabia	Medidas de profilaxis posterior a la exposición
Categoría I: tocar o alimentar animales, lamida de piel intacta por parte del animal (sin exposición).	Lavado de las superficies de piel expuestas, sin profilaxis postexposición (PEP).
Categoría II: mordisqueo de piel descubierta, rasguños o abrasiones menores sin sangrado (exposición)	Lavado de la herida e inicio inmediato de la vacunación.
Categoría III: una o más mordeduras o arañazos que atraviesan la piel, contaminación de membranas mucosas o piel lesionada con saliva por lamido de animales, exposiciones por contacto directo con murciélagos (exposición grave)	Lavado de la herida, vacunación inmediata y administración de inmunoglobulina antirrábica o anticuerpos monoclonales

- **Vacunación masiva de perros**

Dado que los perros son la fuente de más de 95% de los casos de rabia en humanos, el control y la eliminación de la rabia canina previenen la enfermedad en su origen. Vacunar a los perros, incluidos los cachorros, es la estrategia más rentable para prevenir la rabia en las personas y reduce la necesidad de PEP. La vacunación canina masiva con vacunas seguras y de alta calidad, con el objetivo de alcanzar una cobertura de 70% durante años consecutivos en zonas endémicas, interrumpe la transmisión del virus de la rabia en su fuente animal y salva vidas humanas.

Este evento no interfiere con los viajes ni el comercio. Se debe informar a los viajeros sobre el riesgo de contraer rabia al viajar a zonas consideradas de mayor riesgo, como las zonas fronterizas con Indonesia.

La rabia es una enfermedad viral zoonótica, prevenible mediante vacunación, que afecta al sistema nervioso central. Una vez que aparecen los síntomas clínicos, la rabia es casi 100% mortal. En hasta 99% de los casos, los perros domésticos son responsables de la transmisión del virus de la rabia a los humanos. Sin embargo, la rabia puede afectar tanto a animales domésticos como salvajes. Se propaga a personas y animales a través de la saliva, generalmente por mordeduras, arañazos o contacto directo con mucosas (p. ej., ojos, boca o heridas abiertas). Los niños de entre 5 y 14 años son víctimas frecuentes. Nunca se ha documentado la transmisión directa entre humanos; sin embargo, se ha producido de donantes de órganos o tejidos infectados a receptores de trasplantes.

El período de incubación de la rabia suele ser de 2 a 3 meses, pero puede variar de 1 semana a 1 año, dependiendo de factores como el lugar de ingreso del virus y la carga viral. Los síntomas iniciales de la rabia incluyen signos genéricos como fiebre, dolor y sensaciones inusuales o inexplicables de hormigueo, pinchazos o ardor en el sitio de la herida. A medida que el virus se mueve hacia el sistema nervioso central, se desarrolla una inflamación progresiva y mortal del cerebro y la médula espinal. La rabia clínica en las personas puede controlarse, pero muy rara vez se cura, y no sin déficits neurológicos graves. Las muertes por rabia ocurren principalmente en aquellos que no pueden acceder de inmediato a una PEP efectiva. Según el Foro de la Unión contra la Rabia (lanzado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Sanidad Animal), a nivel mundial, cada nueve minutos, una persona muere de rabia. Casi la mitad de ellos son niños.

Las personas pueden protegerse contra la rabia mediante una serie de vacunas administradas como profilaxis preexposición (PrEP). Tras una exposición, se requiere una dosis de refuerzo de la vacuna postexposición, aunque con una pauta más corta en comparación con la profilaxis postexposición (PEP). La PEP es la respuesta de emergencia a la exposición a la rabia. Esta previene el ingreso del virus al sistema nervioso central, lo que inevitablemente causaría la muerte.

Las herramientas de diagnóstico actuales no son adecuadas para detectar la infección rábica antes de la aparición de los síntomas clínicos. A menos que se presenten los signos específicos de la rabia, como hidrofobia o aerofobia, o se disponga de un historial fiable de contacto con un animal con rabia presunta o confirmada, el diagnóstico clínico es difícil. La rabia humana puede confirmarse, tanto en vida como post mortem, mediante diversas técnicas de diagnóstico que detectan virus completos, antígenos virales o ácidos nucleicos en tejidos infectados (cerebro, piel o saliva).

Zambia continúa enfrentando un brote de mpox desde que el Ministerio de Salud lo declaró oficialmente el 10 de octubre de 2024. El primer caso se confirmó en el distrito de Chitambo, provincia Central, y desde entonces se ha propagado a varios distritos.

Durante la semana epidemiológica 26, el Laboratorio Nacional de Referencia de Salud Pública de Zambia (ZNPRL) recibió un total de 40 muestras de casos sospechosos de mpox para su análisis diagnóstico. Se procesaron las 40 muestras, lo que resultó en 10 casos de mpox confirmados por laboratorio.

Los 10 casos confirmados se notificaron en seis distritos de cinco provincias. El distrito de Mkushi registró el mayor número de casos (4 casos), seguido del distrito de Chirundu (2), mientras que Ndola, Mufurila, Nsama y Kanyama notificaron un caso cada uno. Entre los dos casos confirmados en Chirundu, una persona ingresó en el Hospital Mtendere para recibir tratamiento clínico. Esta reciente hospitalización eleva a tres el número total de ingresos en la Southern Province en dos semanas, tras dos ingresos previos en el distrito de Chikankata.

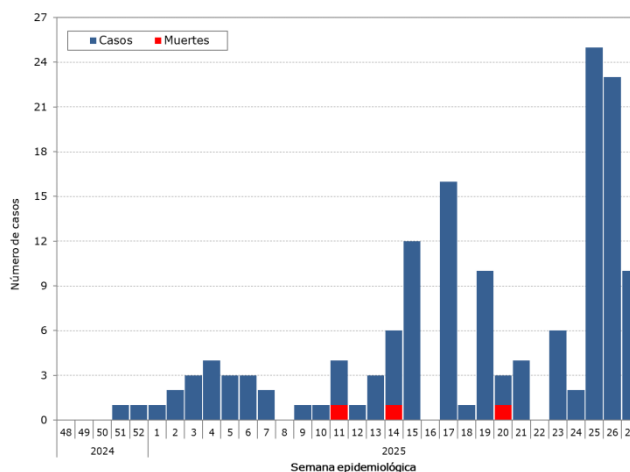
Del 10 de octubre de 2024 al 29 de junio de 2025, se registró un total acumulado de 148 casos confirmados, incluyendo dos fallecimientos, en seis provincias. Copperbelt ha sido la más afectada, con 34 casos notificados, seguida de las provincias de Muchinga (29 casos) y Lusaka (29), que representan 62,2% de todos los casos notificados en el país. Se han notificado otros casos en Western Province (19 casos), Northwestern Province (18), Central Province (11), Southern Province (4), Eastern Province (2) y Northern Province (n=2). Las zonas densamente pobladas del condado de Lusaka se encuentran entre los focos de infección conocidos. Tanto Copperbelt como Muchinga reportaron tasas de positividad elevadas, de 39,0% y 35,0%, respectivamente, mientras que Muchinga también reportó la tasa de incidencia más alta, de 2,9 cada 10.000 habitantes.

Del total de casos, 75 (51,0%) son hombres, y el grupo etario más afectados es el de 20 a 49 años, lo que indica una concentración de adultos jóvenes y de mediana edad.

Las investigaciones epidemiológicas continúan para identificar el origen de la infección y comprender los patrones de transmisión. Se ha registrado y monitoreado activamente a un total de 859 contactos, y 187 fueron dados de alta del seguimiento. De estos contactos, solo 14 dieron positivo, lo que resulta en una baja tasa de positividad de 1,6%.

Acciones de salud pública

El brote se está gestionando a través del Sistema de Gestión de Incidentes del Instituto Nacional de Salud Pública de Zambia, centrado en la vigilancia, la gestión de casos y la comunicación de riesgos.



Casos y muertes confirmados de mpox. Zambia. De semana epidemiológica 48 de 2024 a 27 de 2025. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

- Se están celebrando reuniones semanales de coordinación nacional de mpox, y se ha activado el Sistema de Gestión de Incidentes (SGI) en las provincias afectadas para mejorar la respuesta.
- Se ha mejorado la vigilancia de la mpox. Se han distribuido definiciones de caso a todos los centros de salud y distritos del país para fortalecer la detección activa de casos sospechosos de mpox. Continúa el rastreo de contactos para todos los casos confirmados, con seguimiento y monitoreo en curso.
- Se han desarrollado y compartido Procedimientos Operativos Estándar para la gestión de muestras de mpox con el fin de guiar la manipulación, el embalaje y el envío adecuados de las muestras.
- Se realizó un seminario web nacional sobre gestión de casos para profesionales de la salud.
- Se proporcionó asistencia técnica presencial y remota al personal de los distritos y centros sanitarios para mejorar las prácticas de gestión de casos.
- Se está impartiendo capacitación integrada al personal sanitario sobre medidas de prevención y control de infecciones (PCI) y agua, saneamiento e higiene (WASH). Se han revisado y finalizado los materiales de capacitación de mpox, incluyendo evaluaciones de PCI en centros sanitarios y herramientas de riesgo de exposición del personal sanitario.
- Se ha involucrado a líderes comunitarios y personas influyentes para promover conductas de búsqueda de salud y la participación en las iniciativas de control. Se están difundiendo materiales de concienciación sobre mpox en inglés y en los idiomas locales en los distritos afectados.
- Se ha capacitado a voluntarios comunitarios en estrategias de prevención y sensibilización sobre la mpox.

Interpretación de la situación

El brote de mpox en Zambia continúa declinando. Si bien esto es alentador, la vigilancia continua sigue siendo vital. El bajo número de casos positivos entre los contactos rastreados es preocupante, lo que enfatiza la necesidad de ampliar las iniciativas de rastreo de contactos. Se debe crear una campaña de comunicación específica, adaptada a las comunidades en riesgo, para crear conciencia y apoyar las medidas de contención. Es recomendable promover la financiación a largo plazo de reactivos para las pruebas para mpox, apoyar a los equipos de respuesta en zonas no afectadas para reforzar la vigilancia y la preparación, y colaborar con socios como la UNICEF para mejorar el rastreo de contactos y capacitar a voluntarios comunitarios para la detección temprana.

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