



18 DE AGOSTO
2025
REC 2.969

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- La vacunación contra la fiebre amarilla será gratuita solo en zonas endémicas

AMÉRICA

- Bolivia: Suman 237 los casos de sarampión
- Canadá: Brote de salmonelosis vinculado al consumo de pistachos

EL MUNDO

- África: Un año después de la alerta sanitaria, la epidemia de mpox sigue preocupando
- Chequia: Los casos de hepatitis A ya son más de mil en lo que va del año
- España: Los casos de sarampión aumentaron 43% este año respecto de todo el año previo
- España: Un tomate triturado fue la causa del gran brote de salmonelosis en Barbastro
- India: Campaña de eliminación de perros callejeros en Delhi para combatir la rabia
- Nepal: Se propaga la encefalitis japonesa, pero el país no tiene vacuna
- Palestina: Los hospitales de Gaza están desbordados y empiezan a surgir las enfermedades raras
- Rusia: El ejército es el epicentro de una crisis de VIH agravada por la guerra con Ucrania
- Rusia: Se detectaron cinco casos de brucelosis en Volgogrado
- Taiwán: Primer caso humano confirmado de tularemia en casi tres años

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

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

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

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

Patrocinadores

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

Takeda
WWW.TAKEDAPRO.COM.AR/

Adherentes



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

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

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.



En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 31, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 77.217 casos de bronquiolitis en menores de 2 años.

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) verificaron un ascenso en las detecciones de virus sincicial respiratorio (VSR) a partir de la SE 19 de 2024, con aproximadamente 73% de los casos registrados entre la SE 24 y la SE 34, y un menor número de detecciones semanales desde la SE 35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en las UMAs permaneció por encima de 10% entre la SE 26 y la SE 34. Entre la SE 1 y la SE 31 de 2025, de 2.481 muestras estudiadas, 141 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,68%. En las últimas SE se verifica un ligero ascenso del porcentaje de positividad del VSR, con 15 casos entre las 108 muestras estudiadas en la SE 30 y la SE 31.

Los grupos etarios con mayor positividad fueron el de 0 a 4 años y el de los adultos mayores.

Por su parte, la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), desde la SE 18 de 2024 registró una tendencia ascendente tanto en los casos de IRAG con diagnóstico de VSR como en el porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en la SE 28 de 2024, con un descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde la SE 41 de 2024. Desde la SE 20 de 2025 se registra un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con un promedio de 88 casos semanales en las últimas cuatro SE.

En las últimas cuatro SE, entre 749 casos de IRAG estudiados por técnica molecular, se registraron tres codetecciones de influenza y VSR, tres codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR y 342 casos de VSR.

Los porcentajes de positividad de los casos de IRAG con diagnóstico de VSR fueron más elevados en los grupos etarios de menores de 1 año, de 1 año y de 2 a 4 años.

La vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios registró un aumento en el número de casos de VSR desde la SE 12 de 2025, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE 20. En las últimas dos SE (30 y 31), se notificaron 1.949 detecciones positivas para VSR.

Por su parte, la vigilancia universal de virus respiratorios en internados y/o fallecidos reflejó un aumento en las detecciones en personas hospitalizadas desde la SE 12 de 2025. En la SE 30 y la SE 31 se registraron 875 personas internadas con este diagnóstico.



LA VACUNACIÓN CONTRA LA FIEBRE AMARILLA
SERÁ GRATUITA SOLO EN ZONAS ENDÉMICAS

13/08/2025

En línea con la política de efficientización de los recursos, el Ministerio de Salud de Argentina tomó la decisión de que la vacuna contra la fiebre amarilla se aplique de forma gratuita solo en las zonas endémicas del país. La medida busca garantizar el uso responsable de los recursos públicos, priorizando la protección de quienes viven o trabajan en áreas con riesgo comprobado de transmisión.

Los turnos que están asignados hasta la fecha se cumplirán de acuerdo a lo previsto. En las oficinas de Sanidad de Frontera de las provincias que no están ubicadas en el área endémica no se asignarán nuevos turnos a partir del día de la fecha. Asimismo, los stocks remanentes quedarán bajo almacenamiento y la administración de las jurisdicciones.

Mediante un proceso de compra focalizada, la cartera sanitaria nacional estimó lograr un ahorro de 697.566 dólares en la adquisición de este insumo, al reducir en 34% la cantidad de unidades a comprar. Se garantizan las dosis necesarias para la cobertura de la población objetivo perteneciente a las provincias de Misiones, Corrientes, Formosa y departamentos seleccionados de Salta, Jujuy y Chaco.

Por el contrario, quienes viajen al exterior por motivos de turismo u otras causas de índole privado y requieran protección contra esta enfermedad, deberán aplicarse la dosis correspondiente en los centros privados habilitados para tal fin. De esta manera, el Estado dejará de financiar con el dinero de todos la prevención de riesgos ajenos a la realidad sanitaria del país.

Esta decisión se enmarca en la política del Gobierno Nacional de destinar los recursos públicos a quienes más lo necesitan, fortaleciendo la sostenibilidad y eficiencia de la salud pública y asegurando que esté al servicio de las prioridades sanitarias reales de la población.

Cabe mencionar que, durante los meses de septiembre y octubre de este año, el Ministerio de Salud de la Nación prevé realizar la distribución de las dosis faltantes para 2025. De esta manera, se garantiza completar la cobertura acordada con las jurisdicciones.

A más de dos meses de iniciado el brote, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia reportó el 12 de agosto la cifra de 237 casos de sarampión en el país. La cartera estatal reiteró el llamado urgente a vacunar a los niños y alertó de los riesgos de esta enfermedad.

Hasta la fecha son 237 los casos positivos confirmados, de los cuales 16 están en proceso de recuperación.

El ministerio precisó que 84% de los contagios (198) están en Santa Cruz, distribuidos en 21 municipios. El resto se reporta en La Paz (13), Cochabamba (7), Potosí (6), Beni (4), Oruro (4), Chuquisaca (4) y Pando (1), mientras Tarija permanece libre de la enfermedad y bajo estricta vigilancia epidemiológica.

La cifra representa un incremento de ocho casos respecto del último informe que había emitido el ministerio. El 7 de agosto, el viceministro de Promoción, Vigilancia Epidemiológica y Medicina Tradicional, Max Francisco Enríquez Nava, informó que se registraban 229 contagios en el país. Los incrementos se identificaron en Santa Cruz, que pasó de 192 casos a 198. También en Cochabamba, que pasó de seis a siete; y Oruro, que subió de tres a cuatro.

Aunque la propagación ya no es tan acelerada, la enfermedad persiste en el país. El viceministro alertó del riesgo de sus secuelas, por lo que reiteró la importancia de vacunar a todos los menores de edad comprendidos en la campaña masiva, que son niños y adolescentes hasta los 14 años de edad.

“Sin duda, esta situación debe preocuparnos, pues las consecuencias del sarampión no son menores. La enfermedad puede provocar desde ceguera y sordera, hasta cuadros graves de neumonía que requieren hospitalización o cuidados intensivos. Además, puede desencadenar en encefalitis, con secuelas neurológicas que afectan a largo plazo”, dijo Enríquez Nava.

“Es fundamental que los padres asuman la responsabilidad de vacunar a sus hijos y puedan acudir al centro más cercano o, en caso necesario, solicitar la organización de brigadas de vacunación que visiten directamente las unidades educativas”, señaló el viceministro.



El fin de semana, el Ministerio de Salud reportó que se había superado el millón de dosis aplicadas. No obstante, la campaña continúa. El objetivo es ampliar las coberturas y evitar así que la salud de más menores de edad esté expuesta a una propagación del virus del sarampión.

“Por eso, les pedimos a los padres que asuman la responsabilidad de llevar a sus hijos a vacunarse, para que puedan retornar a clases de manera más segura y tranquila, tanto para las familias como para sus compañeros”, añadió el viceministro. También alertó que los niños sin vacuna tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad en el retorno a clases.

Salud precisó que, del total de casos positivos, 66 corresponden a menores de 5 años; 67, a niños de 5 a 9 años; y 99 a mayores a 10 años.

El país atraviesa un brote de sarampión desde hace más de dos meses. El 2 de junio fue informado del primer caso de esta ola, que tiene como epicentro a Santa Cruz. Las autoridades sanitarias enfatizaron que el virus es muy contagioso, incluso más que el SARS-CoV-2, por lo que solicitaron tomar las medidas de bioseguridad y vacunar a los menores de edad cuanto antes.

Se han confirmado por laboratorio 52 casos de infección por *Salmonella enterica enterica* de las serovariedades Havana y Mbandaka, vinculados a un brote causado por el consumo de pistachos y productos que los contenían.

Los casos se registraron en Quebec (39 casos), Ontario (9), British Columbia (3) y Manitoba (1).

Las personas enfermaron entre principios de marzo y mediados de julio de 2025. De los casos reportados, diez fueron hospitalizados y no se registraron fallecimientos. Las personas enfermas tienen entre 2 y 89 años. La mayoría de los enfermos son mujeres (75%).

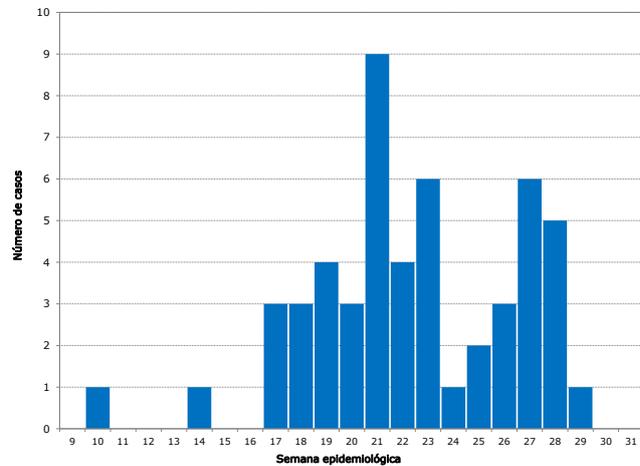
Muchas de las personas afectadas informaron haber consumido pistachos y productos que los contenían, como chocolate y productos de pastelería estilo Dubái. Las cepas de *Salmonella* que causaron la enfermedad se detectaron en muestras de pistachos de la marca Habibi retirados del mercado. La investigación continúa y es posible que se identifiquen otras fuentes.

Es posible que se sigan notificando casos más recientes debido a que transcurre un período entre el momento en que una persona se enferma y el momento en que se notifica la enfermedad a las autoridades de salud pública. Puede transcurrir más de un mes desde que una persona enferma, consulta con un médico, se realiza la prueba y se confirman los resultados. En este brote, el período de notificación de la enfermedad es de entre 15 y 55 días después del inicio de los síntomas.

Es probable que el número real de casos en Canadá sea mucho mayor. Muchas personas presentan síntomas leves y no acuden al médico, por lo que no se les realizan pruebas. Los investigadores estiman que, por cada caso de salmonelosis notificado a la Agencia de Salud Pública, hay 26 casos más que no se notifican.

Es posible que este brote no se limite a las provincias con casos conocidos de enfermedad. Los productos retirados se distribuyeron en Ontario, Quebec y New Brunswick.

Las barras de chocolate con leche de pistacho y knafeh de la marca Dubai y los productos de pastelería de la marca Andalos también estaban disponibles para comprar en línea.



Casos de salmonelosis vinculados con el consumo de pistachos y productos que los contienen. Canadá. Año 2025, desde semana epidemiológica 9 a 31. Fuente: Agencia de Salud Pública de Canadá.

EFE

ÁFRICA

UN AÑO DESPUÉS DE LA ALERTA SANITARIA,
LA EPIDEMIA DE MPOX SIGUE PREOCUPANDO

13/08/2025

La epidemia de mpox sigue siendo motivo de preocupación en gran parte de África un año después de que la agencia de salud de la Unión Africana (UA) la declarara emergencia de salud pública, en medio de la expansión de nuevas variantes y un grave déficit de financiación que dificulta la respuesta.

Un día después de la declaración de la UA, el 13 de agosto de 2024, la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitió la alerta sanitaria internacional por la enfermedad, que desde principios de ese año registra en África 174.597 casos sospechosos –48.797 confirmados– y 1.922 muertes –239 confirmadas–, según los últimos datos de los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades (África-CDC).

La alerta de ambas agencias respondió a la rápida expansión en África del clado Ib, distinto del que provocó en 2022 otro brote en el continente y miles de casos en Europa, Norteamérica y otras regiones.

“Sin esta declaración estaríamos en una situación muy complicada, pero sirvió para movilizar la respuesta global y ralentizar la transmisión de la mpox”, afirmó el Dr. Patrick Otim, responsable de emergencias sanitarias de la Oficina Regional de la OMS para África.

Recordó que la epidemia “no es un problema regional, sino global”, ya que se registraron casos en otras partes del mundo, como China, Reino Unido o Australia, vinculados a viajes a África.

Principales retos

La epidemia ha golpeado con especial dureza a cuatro países, que concentran 94% de los contagios: República Democrática del Congo, Uganda, Burundi y Sierra Leona.

En República Democrática del Congo, epicentro del brote, la inseguridad en el este del país ha sido, junto con la dificultad de coordinar la respuesta entre países, uno de los mayores obstáculos para contener la mpox en el continente.

El recrudecimiento del conflicto desde enero entorpeció las labores en Nord-Kivu y Sud-Kivu, dos de las provincias más afectadas, y la violencia, unida a brotes simultáneos de cólera, dengue y carbunco, así como a crisis humanitarias, obligó incluso a cerrar centros de tratamiento y a que pacientes y personal sanitario huyeran.

Golpe a la financiación

Otro reto ha sido el retiro de donantes clave, como Estados Unidos, que obligó a reducir intervenciones comunitarias como la búsqueda activa de casos, la comunicación de riesgos, la participación comunitaria o la vacunación.

“Estados Unidos era nuestro principal donante para la respuesta a la mpox en Burundi, República Democrática del Congo y Uganda, así como a nivel regional. La pérdida de esa financiación eliminó capacidades operativas clave”, explicó Otim.

La OMS calculó en abril que se necesitan más de 220 millones de dólares para cubrir los déficits de financiación en los países afectados.

Y es que uno de los sectores más afectados por la abrupta congelación de fondos ordenada por el presidente de Estados Unidos, Donald John Trump, ha sido el sanitario, tradicional destino prioritario de la ayuda estadounidense.

Ante esta reducción de fondos –también por parte de varios países europeos–, la agencia de salud de la UA instó a los gobiernos africanos a aumentar la inversión doméstica en salud, impulsar mecanismos de “financiación innovadora” como tasas sobre productos importados y reforzar la implicación del sector privado.

Vacunas insuficientes

El acceso a las vacunas ha sido “limitado y desigual”, al igual que a las pruebas diagnósticas y los tratamientos, según Otim.

A fines de julio, los África-CDC alertaron que el continente necesita 3,4 millones de dosis adicionales para frenar los brotes, que se sumarían a los casi 3,1 millones ya enviados y con las que se ha vacunado a más de 873.000 personas, la mayoría en la República Democrática del Congo.

“La necesidad está ahí. La vacuna, en cuanto a disponibilidad, también está ahí, con los productores. Lo que falta son los fondos”, lamentó Yap Boum, subgerente de incidentes de los África-CDC, durante una de las ruedas de prensa semanales del organismo, e instó a los países a donar más dosis de sus reservas nacionales, como ha hecho España.

Esta falta de financiación impide, por ejemplo, que se adquieran 400.000 de las 800.000 dosis que la farmacéutica danesa Bavian Nordic mantiene en stock, ya reservadas para África por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Nuevos riesgos

A fines de julio se detectó en Kinshasha, capital de República Democrática del Congo, la variante clado IIb –hasta ahora presente en África Occidental–, lo que, según expertos, genera “gran preocupación” y plantea dudas sobre la eficacia de la vigilancia transfronteriza.

“La mpox sigue siendo una emergencia de salud pública de importancia internacional. Habrá un descenso lento, con propagación transfronteriza hacia países nuevos, pero no tan grande como a principios de 2024”, pronosticó Otim.

“Algunos países podrían entrar en una fase más endémica si no se intensifican las intervenciones”, agregó.

Chequia reportó su mayor número de casos de hepatitis A en los últimos 15 años, según el Instituto Nacional de Salud Pública (SZU).

De enero a julio de este año, se registraron 1.053 casos, en comparación con solo 168 en el mismo período del año anterior. La cifra ascendió a 636 casos en todo 2024.

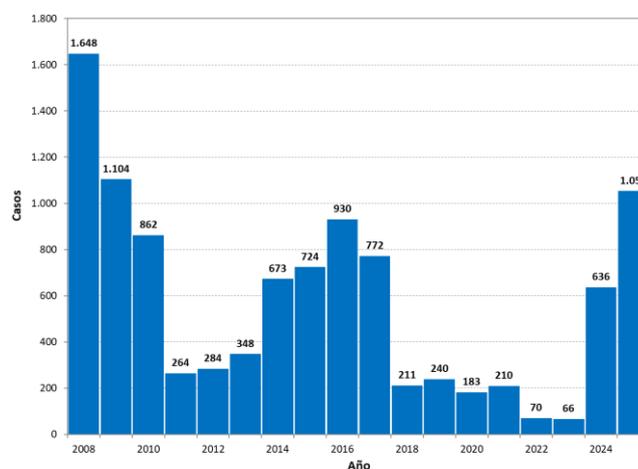
Este año, el mayor número de casos se registró en Praha (370 casos), la región de Středočeský (181) y la región de Moravskoslezský (113).

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC) también advirtió de un aumento de la transmisión de la infección en Europa central, con desarrollos similares observados en Eslovaquia, Austria y Hungría.

La directora del SZU, Barbora Macková, dijo en junio que la situación en Chequia no es dramática, pero no debe subestimarse.

“Es necesario mantener una higiene de manos constante. Los puestos de higiene regionales están implementando medidas antiepidémicas específicas, especialmente en zonas con mayor riesgo de infección, como localidades marginadas, comunidades de personas sin hogar o con adictos a las drogas”, explicó.

Actualmente, se están llevando a cabo vacunaciones dirigidas a personas sin hogar y otros grupos de alto riesgo, incluyendo a quienes tienen contacto con personas infectadas. Los expertos también recomiendan la vacunación para grupos de población más amplios.



Casos de hepatitis A. Chequia. Años 2008/2005, hasta el 31 de julio de 2025. Fuente: Instituto Nacional de Salud Pública de Chequia.

España notificó 328 casos de sarampión en lo que va de 2025, lo que supone un incremento de 43% respecto de todo 2024, cuando se registraron 229 infecciones.

Los datos del Instituto de Salud 'Carlos III' (ISCIII), detallan que de los casos registrados este año, 100 fueron importados y 87 están vinculados a casos importados, mientras que 131 permanecen en investigación o tienen un origen desconocido. Además, 394 sospechas de sarampión han sido descartadas tras las pruebas correspondientes.



En el conjunto de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE), se notificaron 14.401 casos entre el 1 de julio de 2024 y el 30 de junio de 2025, de los cuales 71,4% fueron confirmados por laboratorio. Los menores de cinco años concentraron 41,8% de las infecciones y las tasas más altas se dieron en lactantes menores de un año (481,1 casos por millón) y en niños de 1 a 4 años (256,8 casos por millón).

El Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades advirtió que más de 84% de los contagiados no estaban vacunados, un 8,8% había recibido solo una dosis, un 6% contaba con la pauta completa y un 0,8% tenía un historial de vacunación desconocido. El organismo observa una disminución de casos desde marzo, pero pide mantener la vigilancia por la baja cobertura vacunal en algunos países europeos, el riesgo de importación y el aumento de la movilidad durante las vacaciones.

Los expertos apuntan que este repunte de casos en España está vinculado a la caída de las coberturas de vacunación, en parte por la desinformación promovida por movimientos antivacunas y la desconfianza generada durante la pandemia del covid. Se trata de una enfermedad muy contagiosa y potencialmente grave, capaz de provocar neumonía, encefalitis e incluso la muerte, especialmente en niños pequeños y personas con defensas bajas.

La principal herramienta para prevenir el sarampión es la vacuna triple viral, contra el sarampión, la rubéola y la parotiditis, que en España se administra en dos dosis: la primera a los 12 meses de edad, y la segunda a los 4-6 años, como refuerzo.

La vacuna contiene una forma atenuada del virus que no causa la enfermedad, pero estimula al sistema inmunitario para producir defensas. Su efectividad es muy alta: aproximadamente 97% tras la segunda dosis.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que al menos 95% de la población esté vacunada para lograr la inmunidad de grupo y evitar brotes. Sin embargo, la cobertura insuficiente en algunos países y la desinformación sobre las vacunas han permitido el regreso del virus en zonas donde estaba prácticamente eliminado.

El origen de la intoxicación alimentaria de Barbastro que ha dejado más de 500 afectados está en las tostadas de pan con tomate triturado que se consumieron en la Muestra Gastronómica del Festival Vino Somontano, que se celebró del 31 de julio al 3 de agosto y a la que acudieron miles de personas. Según indicó el 13 de agosto la directora general de Salud Pública del Gobierno de Aragón, Nuria Gayán Margeli, se ha detectado *Salmonella* en esta tapa y en los tomates crudos que la suministraron, así como también en los instrumentos de cocina –cuchillas de batidora y pinceles de untado– que se emplearon para la preparación de la misma.



La investigación llevada a cabo por Salud Pública, que comenzó hace más de una semana, detectó la presencia de la bacteria, además de en el tomate de untado y en los utensilios culinarios citados, en quienes manipularon el producto, que han dado positivo para *Salmonella*, ya sea por haber entrado en contacto con la misma al elaborar la preparación, como por haber consumido la tapa. Gayán Margeli explicó que la empresa responsable del brote cerró de forma voluntaria “por unos días” y los manipuladores afectados no podrán volver a trabajar en el establecimiento hasta dar negativo en sus análisis. Asimismo, afirmó que ya “se han retirado y destruido” todos los tomates afectados.

Además, desde Salud Pública indicaron que es “bastante probable” que también haya algún tipo de sanción hacia el establecimiento responsable. “La colaboración de la empresa es absoluta, pero hubo fallos y estamos viendo cómo pudo ocurrir”, indicó Gayán Margeli. La directora general de Salud Pública hizo hincapié en que “en absoluto hay que entender que el tomate de Barbastro tenga un problema generalizado”, y tampoco el tomate rosa de Barbastro, “que no ha tenido en absoluto ninguna relación”.¹

La investigación continúa y ahora se centra en detectar la causa exacta del brote. Según informó Gayán Margeli, Sanidad solicitó al Departamento de Agricultura del Gobierno de Aragón que acuda a la finca productora “para detectar cualquier incidente que provocara que el tomate entrara en contacto con algún material, vertido u otro producto que pudiera ser la causa de esa contaminación”. Con todo, subrayaron que ello no exime de responsabilidad al establecimiento causante del brote de salmonelosis, que se someterá a una limpieza y desinfección exhaustiva por orden de Salud Pública.

“Son explotaciones expuestas al aire libre y es difícil controlar que pueda llegar alguna contaminación. Puede ser que la causa esté en el riego o abonado que no esté en condiciones, o en

¹ El tomate rosa de Barbastro es una variedad de tomate procedente de Barbastro, con características especiales. Es un tomate grande muy carnoso y con una piel fina, apenas tiene semillas, es dulce y tiene muy poca acidez. Su color, tal como indica su nombre, tiene una tonalidad rosada en lugar del rojo intenso que suelen tener otras variedades de tomate. Todo ello lo hace una variedad muy especial y característica, que se puede reconocer con facilidad. Además de por su color, destaca por su tamaño, que suele ser bastante más grande que la mayoría de los tomates comunes.

El 9 de octubre de 2014, el tomate rosa de Barbastro fue designado Marca Colectiva. El Ministerio de Industria, Energía y Turismo reconoció así la propiedad intelectual para el tomate que produce la Asociación de Hortelanos del Alto Aragón.

animales que hayan depositado sus heces y contaminaran los vegetales”, explicó el jefe del Servicio de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental, Miguel Antonio Español Pueyo.

Un tomate puede estar infectado con *Salmonella* si entra en contacto con heces contaminadas de animales o si se manipula con manos sucias durante su producción o procesamiento. La contaminación también puede ocurrir durante el cultivo, si el agua de riego está contaminada o si se utilizan fertilizantes orgánicos contaminados, o durante la cosecha y el empaque, si no se siguen prácticas higiénicas adecuadas.



La intoxicación alimentaria fue detectada el pasado 4 de agosto, cuando decenas de personas acudieron al centro de salud y al hospital de Barbastro, además de a otros puntos sanitarios de la provincia de Huesca, con síntomas de gastroenteritis. El brote fue sumando casos a lo largo de la semana y ahora ya supera los 500 afectados. En total, han sido hospitalizadas 14 personas, de las cuales cuatro –un niño y tres adultos– permanecen ingresadas en el hospital de Barbastro.

La investigación del brote

Cuando se detectó el brote, Salud Pública abrió una investigación que comenzó con una encuesta a los afectados para conocer qué alimentos habían consumido y dónde. De la misma se desprendió que todos ellos habían consumido tapas en el Festival Vino Somontano. Además, se tomaron muestras de las heces de los pacientes y se definió que la causante del brote era una *Salmonella* del serogrupo C1.

Según indicó Gayán Margeli, las primeras sospechas recayeron sobre cinco establecimientos que habían participado en la muestra. “Se recogió información sobre el origen de sus productos, la trazabilidad, de dónde venían, qué proceso de manipulación se había realizado”, detalló. Diversos productos podían ser portadores de la bacteria y, además, coincidían con los que habían consumido los afectados por el brote. Se estudió también el agua de boca o de consumo, ya que el número de afectados era muy alto. Finalmente, se descartó que el origen estuviera en esta, en la longaniza, en la tortilla de papas, en las papas con carne picada y bechamel, en la tarta de queso y en la escalivada.

Así, se concluyó que el tomate para untar fue el causante de este brote masivo que dejó centenares de afectados.

El número de afectados sigue siendo provisional

Como señaló desde el inicio el Departamento de Sanidad, las cifras de afectados son provisionales, ya que puede haber pacientes que se hayan atendido en otros circuitos asistenciales y no se comuniquen hasta días posteriores y otros que presenten síntomas de gastroenteritis, pero finalmente no estén relacionados con el brote en cuestión. De cualquier forma, el número de personas asistidas en este contexto ya supera las 500.

Ante esta situación, Gayán Margeli insistió en que se deben aplicar de forma escrupulosa las normas básicas de seguridad alimentaria como “la correcta limpieza de manos, la limpieza y la

desinfección correcta de los vegetales crudos, pues constituye un punto crítico en la manipulación de alimentos”.

Además, recordó que es “muy importante” mantener la cadena de frío hasta el momento de consumo, más aún en verano, por las altas temperaturas. “Es indispensable la adecuación de la capacidad del puesto al volumen servido (por ejemplo, con cámaras suficientes para no mezclar productos crudos y elaborados) para poder ofrecer garantía sanitaria del producto”, concluyó.



El Tribunal Supremo de India ordenó a las autoridades de Delhi y sus suburbios que trasladen todos los perros callejeros de las calles a refugios de animales.

El tribunal expresó su preocupación por la creciente “amenaza de mordeduras de perros que provocan rabia” y dio un plazo de ocho semanas a los funcionarios para finalizar la tarea.



Se estima que la población de perros callejeros de Delhi es de un millón de animales, y los suburbios de Noida, Ghaziabad y Gurugram también están experimentando un aumento, según fuentes municipales.

India tiene millones de perros callejeros y el país representa 36% del total de muertes relacionadas con la rabia en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud (OMS).

“Los bebés y niños pequeños no deberían ser víctimas de la rabia. Esta medida debería inspirarles la confianza de que pueden moverse libremente sin temor a ser mordidos por perros callejeros”, declaró el tribunal el 11 de agosto.

El tribunal abordó el tema tras recibir informes sobre el aumento de las mordeduras de perros en Delhi y otras ciudades importantes.

El tribunal ordenó el establecimiento de varios refugios en Delhi y sus alrededores, cada uno con capacidad para albergar al menos a 5.000 perros. Estos refugios deberían estar equipados con instalaciones de esterilización y vacunación, así como con cámaras de circuito cerrado de televisión.

El tribunal dictaminó que los perros esterilizados no deben ser liberados en áreas públicas, a pesar de que las reglas actuales exigen su regreso al sitio de captura.

También ordenó que se establezca una línea telefónica de ayuda dentro de una semana para reportar mordeduras de perros y casos de rabia.

Sin embargo, los grupos de defensa de los animales han expresado su profunda preocupación por la directiva del tribunal. Afirman que el plazo establecido por este no es realista.

“La mayoría de las ciudades indias actualmente no tienen ni siquiera el 1% de la capacidad necesaria para rehabilitar a los perros callejeros en refugios”, dijo Nilesh Bhanage, fundador de PAWS, un destacado grupo de derechos de los animales.

“Si el tribunal y las autoridades realmente quieren acabar con esta amenaza, deberían centrarse en reforzar la aplicación de las normas vigentes para controlar la población canina y la rabia, que incluyen la vacunación, la esterilización y una gestión eficiente de los residuos”.

Los datos del gobierno muestran que en 2024 se denunciaron 3,7 millones de casos de mordeduras de perros en todo el país.

Los activistas dicen que no se conoce completamente el verdadero alcance de las muertes relacionadas con la rabia.

La OMS afirma que “la verdadera carga de la rabia en India no se conoce por completo; aunque según la información disponible, causa entre 18.000 y 20.000 muertes cada año”.

Por otra parte, según los datos presentados al Parlamento por el gobierno indio, en 2024 se registraron 54 muertes por rabia, frente a las 50 de 2023.



El número de casos de encefalitis japonesa llegó a 33 en Nepal, frente a los 13 de hace unos 10 días. Junto con los nuevos casos, también aumentó el número de fallecimientos y de distritos que han notificado brotes de la enfermedad: tres fallecimientos y 18 distritos.

Los datos del Ministerio de Salud muestran que la tasa de letalidad entre las personas infectadas supera el 9%, y el aumento en la propagación de la infección indica claramente que el país está experimentando un resurgimiento de esta enfermedad mortal, que causó la muerte e infección de miles de personas en el pasado. Las personas no vacunadas constituyen la mayoría de las infectadas y fallecidas.

Los expertos advierten que, sin vacunación, estas poblaciones vulnerables corren un alto riesgo y el gobierno aún no ha tomado medidas decisivas para contener el brote.

“La vacunación es un método comprobado y eficaz para contener la propagación del virus de la encefalitis japonesa”, afirmó el Dr. Yasho Vardhan Pradhan, exdirector general del Departamento de Servicios de Salud. “Dado que el país presenció un nuevo resurgimiento de la encefalitis japonesa, la vacunación es la única manera de salvar vidas y prevenir secuelas neurológicas, cognitivas y conductuales permanentes”.

El año pasado, 23 personas fallecieron a causa de la enfermedad, incluida una en el valle de Katmandú, y más de 80 se infectaron. Los médicos afirman que el número real de casos podría ser mucho mayor, ya que las pruebas solo se realizaron a pacientes hospitalizados con síntomas graves.

Este año, los distritos de Morang, Bara, Jhapa, Saptari, Siraha, Sarlahi, Parsa, Nawalparasi West, Sindhuli, Bardia y Chitwan han notificado casos de encefalitis japonesa. Cinco provincias (Koshi, Madhesh, Bagmati, Gandaki y Lumbini) han notificado casos.

Los datos muestran que la tasa de letalidad entre las personas mayores de 15 años es mayor en comparación con las menores de 15 años, lo que indica que quienes no reciben la vacuna contra la enfermedad corren un alto riesgo de muerte y complicaciones por la infección. Sin embargo, las autoridades sanitarias no tienen planes inmediatos para vacunar a la población no inmunizada.

“Tenemos capacidad y recursos humanos, pero actualmente no tenemos la vacuna”, declaró el Dr. Abhiyan Gautam, jefe de la Sección de Inmunización de la División de Bienestar Familiar del Departamento de Servicios de Salud. “No tenemos presupuesto para comprar la vacuna. También hemos solicitado la ayuda a nuestros socios para el desarrollo, pero no hemos recibido respuesta”.

Gautam afirmó que se han implementado diversas medidas preventivas en los distritos afectados por la enfermedad, como campañas de concienciación, gestión ambiental para el control de vectores y capacitación en gestión de casos para los médicos en los centros de salud. Sin embargo, el aumento del número de infecciones en los distritos de Tarai demuestra que estas medidas no son muy eficaces.

Funcionarios del Ministerio de Salud admitieron que la encefalitis japonesa es la principal causa de muerte entre las enfermedades transmitidas por vectores, y que la vacunación podría ayudar a controlar la propagación de las infecciones. Afirmaron que sus intentos de convencer a los socios para el desarrollo, incluida la Organización Mundial de la Salud (OMS), de que apoyen una campaña masiva de vacunación contra la enfermedad no han tenido éxito durante el último año.

“A pesar de saber lo peligroso que es el virus de la encefalitis japonesa, no podemos hacer mucho para administrar la vacuna a la población sin inmunizar”, declaró el Dr. Bibek Kumar Lal, director de la División de Bienestar Familiar del Departamento de Servicios de Salud. “Mantuvimos varias reuniones con socios para el desarrollo y solicitamos ayuda para la vacuna, pero no logramos convencerlos”.

En 2005, la encefalitis japonesa causó la muerte de casi 2.000 personas en Nepal, principalmente niños de los distritos de Tarai. Nepal comenzó a administrar la vacuna contra la encefalitis japonesa en 2006, ocho años antes de que la OMS emitiera oficialmente la certificación de precalificación, debido a las altas tasas de infección y mortalidad por el virus en ese momento.

En la primera fase, se administró la vacuna contra la encefalitis japonesa a todas las poblaciones de los cuatro distritos más afectados (Banke, Bardiya, Dang y Kailali). Posteriormente, el programa de vacunación se amplió a otros 19 distritos afectados y se inoculó a los menores de 15 años.

El gobierno integró la vacuna contra la encefalitis japonesa a la inmunización rutinaria en 2015. Aun así, la gente sigue muriendo y docenas de personas se infectan con el virus cada año.

Los expertos en salud pública afirman que este es el momento oportuno para vacunar a todas las personas en riesgo. Incluso si la vacuna no ayuda a controlar el brote, proporciona inmunidad contra futuras infecciones, afirman.

“Cada año, el Ministerio de Salud solo podía gastar alrededor de 60% del presupuesto asignado, por lo que el presupuesto no debería ser un problema para proteger la vida de la población”, declaró Pradhan, quien también es experto en inmunización. “Además de la vacunación, las autoridades deben tomar otras medidas para prevenir una mayor propagación de esta enfermedad”.

Los médicos afirman que las complicaciones de la encefalitis japonesa pueden causar lesiones permanentes en el cerebro y el sistema nervioso. La enfermedad no tiene cura, por lo que el tratamiento se centra en el control de los síntomas. Sin embargo, se han desarrollado vacunas seguras y eficaces para prevenir la infección.

Los médicos recomiendan evitar las picaduras de mosquitos, por ejemplo, usando repelentes, vistiendo ropa de manga larga y vacunándose si se vive o viaja a zonas endémicas de enfermedades. También enfatizan la importancia de la concienciación y el tratamiento oportuno para prevenir infecciones y muertes.

Se estima que 12,5 millones de personas corren un alto riesgo de contraer encefalitis japonesa en Nepal.

La encefalitis japonesa es una infección cerebral viral endémica de Asia y partes del Pacífico Occidental. Es provocada por un flavivirus transmitido por mosquitos, perteneciente a la misma familia que los virus del dengue, la fiebre zika, la fiebre amarilla y la fiebre del Nilo Occidental. El virus causa la muerte de un tercio de los enfermos y deja hasta la mitad de los supervivientes con graves discapacidades de por vida.

El virus de la encefalitis japonesa se transmite a los humanos por la picadura de mosquitos *Culex* infectados. Los cerdos y los patos se consideran reservorios naturales del virus.



Los pocos hospitales en funcionamiento en la Franja de Gaza están desbordados por incidentes de violencia que dejan muchas víctimas, informó el 7 de agosto la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), y abundó que la media diaria es de ocho de esos incidentes.

En una actualización sobre la crisis sanitaria en Gaza, la OCHA señaló que la frágil infraestructura sanitaria está al borde del colapso, el hambre se agrava y la población desplazada se concentra en áreas equivalentes a menos de 14% del territorio, muchas veces sin refugio.

Los centros de rehabilitación especializados también están saturados para atender lesiones traumáticas complejas y casos de síndrome de Guillain-Barré, una rara enfermedad neurológica autoinmune que puede causar debilidad muscular repentina e incluso parálisis. No es contagiosa y suele estar provocada por una infección previa, ya sea viral o bacteriana, que altera el sistema inmunitario.

Hasta la fecha, las autoridades sanitarias de Gaza han confirmado tres muertes y unos 64 casos del síndrome de Guillain-Barré; dos de los muertos eran niños.

Antes de que empezara la guerra en Gaza en octubre de 2023, se registraban muy pocos casos al año de ese padecimiento.

Falta de insumos médicos

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 30% de los pacientes con el síndrome de Guillain-Barré requieren cuidados intensivos, pero no hay inmunoglobulina intravenosa, el medicamento clave para tratarlo.

La destrucción del principal almacén médico de la OMS en un ataque a Deir Al-Balah a fines del mes pasado sigue afectando la atención vital de gazatíes enfermos y heridos.

La grave escasez de antibióticos dificulta el tratamiento de la meningitis, cuyos casos se cuentan por cientos, “la cifra más alta registrada desde el inicio de la escalada”, apuntó la OCHA.

Se han implementado medidas de aislamiento, incluyendo la separación del departamento externo del Hospital Al-Khair del Complejo Médico Nasser y el establecimiento de tiendas de aislamiento en el Hospital Al-Aqsa para gestionar de forma segura los casos sospechosos de la enfermedad.

Las armas explosivas, como bombas y granadas generan 83% de las consultas médicas.

La hambruna no se puede acabar con lanzamientos aéreos

El Programa Mundial de Alimentos (PMA), por su parte, reiteró la urgencia de que entre ayuda en grandes volúmenes y no en las limitadas cantidades que permite Israel.



Un niño herido recibe tratamiento en el hospital Al-Helou en la ciudad de Gaza.

“No podemos salir de una hambruna que se extiende mediante lanzamientos aéreos. No en Gaza”, advirtió la directora ejecutiva del PMA.

Cindy McCain precisó que hay “500.000 personas muriendo hoy de hambre”, y que la única manera de ayudarlas es proporcionándoles alimentos a gran escala y por tierra.

“No podemos permitirnos esperar; Gaza se ha quedado sin alimentos y sin tiempo”, subrayó McCain.



Un niño gravemente desnutrido ingresado en un hospital de la ciudad de Gaza.

Sin tierras de cultivo

Con respecto a las tierras de cultivo en la Franja de Gaza, un nuevo informe de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) reveló que los datos satelitales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) indican que al 28 de julio, solo 8,6% de esas tierras siguen siendo accesibles, mientras que apenas 1,5% de ellas son accesibles y están intactas.

Esta escasez de tierra cultivable contribuye a las condiciones de hambruna que padecen los más de dos millones de personas que viven en ese territorio palestino asediado.

La FAO detalló que más de 86% de las tierras de cultivo están dañadas y que, si bien 12,4% no han sufrido daños, están fuera de su alcance debido a la violencia y los bombardeos israelíes.

Restauración del sistema humanitario de la ONU

En la esfera de los derechos humanos, una treintena de expertos pugnó por la restauración del sistema humanitario de la ONU, incluido el Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Cercano Oriente (UNRWA), para evitar la hambruna.

“Todos los Estados deben actuar con decisión para impedir que Israel destruya las condiciones de vida en Gaza y poner fin a su interminable guerra contra la humanidad. Los Estados deben hacer todo lo posible para restablecer el sistema humanitario de la ONU en Gaza”, enfatizaron en un comunicado conjunto.

Los relatores especiales, nombrados por el Consejo de Derechos Humanos, denunciaron el uso de la hambruna como “arma de guerra brutal”, recordando que constituye un crimen en virtud del derecho internacional.

“El fallido experimento de Israel con la entrega de ayuda militarizada y privatizada por parte de la Fundación Humanitaria de Gaza ha provocado una grave escasez de alimentos y ha causado la muerte de casi 1.400 personas que buscaban alimento. Este es el resultado previsible de la interrupción de la ayuda humanitaria eficaz e imparcial proporcionada por actores internacionales de confianza y con experiencia”, apuntaron.

Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OHCHR), desde el 27 de mayo, al menos 1.373 palestinos han muerto mientras buscaban alimentos; 859 en las inmediaciones de la organización de distribución de ayuda no perteneciente a la ONU, la Fundación Humanitaria de Gaza (GHF); otras 514 víctimas murieron a lo largo de las rutas de los convoyes de alimentos.

Los expertos refutaron las acusaciones infundadas contra las agencias humanitarias de la ONU y defendieron el trabajo vital y la imparcialidad de esos organismos.

Poner fin a la complicidad

Una segunda declaración conjunta de cinco relatores especiales condenó la escalada “de la campaña genocida de Israel contra el pueblo palestino en Gaza”, e instó a la comunidad internacional a poner fin a su complicidad ante las atrocidades israelíes.



Miles de palestinos que buscan ayuda llegan desde el paso fronterizo israelí de Zikim, en el norte de Gaza.

Los expertos destacaron que las restricciones ilegales de Israel a la ayuda humanitaria han infligido condiciones de vida que provocan la destrucción física de los palestinos de Gaza, y recordaron que esto constituye un acto punible bajo el derecho internacional como genocidio, al igual que la matanza y mutilación masiva de gazatíes.

“Israel está exterminando a la población de Gaza por todos los medios”, sostuvieron, y agregaron que las propuestas israelíes de trasladar por la fuerza a la población de la Franja a una supuesta ‘ciudad humanitaria’ en la frontera con Egipto “solo pueden interpretarse como un intento de crear un campo de concentración con condiciones tan extremas que los gazatíes se verán obligados a abandonar su patria”.

Los expertos instaron a la comunidad internacional a tomar medidas para proteger a los palestinos y exigir responsabilidades a Israel. “Sin una acción internacional urgente, la frase ‘nunca más’ no se referirá a la prevención del genocidio, sino a la existencia de la vida palestina en Gaza”, aseveraron.

La situación de la ayuda humanitaria

El personal de la ONU que sigue trabajando en el enclave informó que no encuentra suficiente comida, según el UNRWA. A pesar del anuncio de Israel, el 27 de julio, de pausas militares diarias en el oeste de Gaza “para mejorar las respuestas humanitarias”, la ayuda que llega es muy escasa, insistieron los trabajadores humanitarios.

Haciéndose eco de la preocupación generalizada por la población de Gaza, el director de la OMS advirtió que otros habitantes de Gaza solo tienen un acceso limitado a los servicios básicos y a los alimentos, mientras que la malnutrición está muy extendida y aumentan las muertes relacionadas con el hambre.

“En julio, se identificó que casi 12.000 niños menores de cinco años sufrían desnutrición aguda, la cifra mensual más alta jamás registrada”, afirmó Tedros Adhanom Ghebreyesus.

El director de la OMS señaló que, en lo que va de año, 99 personas han fallecido por desnutrición, entre ellas 29 niños menores de cinco años, y añadió que es probable que estas cifras sean inferiores a las reales.

El Ministerio de Salud gazatí, por su parte, reportó el 6 de agosto cinco nuevas muertes por desnutrición en 24 horas, elevando el total a 200 decesos relacionados con la hambruna; la mitad de las víctimas eran niños.

Detener la toma militar completa de Gaza

Altos funcionarios de la ONU alertaron el 10 de agosto al Consejo de Seguridad sobre el riesgo de que la situación en Gaza entre en “otro capítulo horrible” tras la decisión del Gobierno de

Israel de ampliar sus operaciones militares en el enclave, lo que podría desencadenar más desplazamientos forzados, muertes y destrucción.

El subsecretario general para Europa, Asia Central y Latinoamérica del Departamento de Asuntos Políticos, Miroslav Jenča, señaló que la medida –aprobada el 8 de agosto por el Gabinete de Seguridad israelí– incluye la



Una carreta carga los cuerpos de más de siete palestinos muertos mientras intentaban obtener comida.

toma de control de la ciudad de Gaza, la desmilitarización del territorio, el establecimiento de un control de seguridad israelí y la creación de una administración civil alternativa a Hamás y a la Autoridad Palestina. Según medios locales, el plan contempla desplazar a unas 800.000 personas antes del 7 de octubre y cercar la ciudad durante tres meses.

Una catástrofe a escala inimaginable

“Estamos ante una catástrofe humanitaria de escala inimaginable. Si estos planes se implementan, el sufrimiento de la población será aún más insoportable”, advirtió Jenča, quien reiteró que la única vía para detenerlo es un alto el fuego total, inmediato y permanente, junto a la liberación incondicional de todos los rehenes y el acceso sin trabas de ayuda humanitaria.

El director de la OCHA, Ramesh Rajasingham, describió por su parte las condiciones en Gaza como “más allá de lo horroroso”. Desde octubre de 2023, más de 61.000 personas han muerto, entre ellas 18.000 niños, y 151.000 han resultado heridas, de acuerdo con el Ministerio de Salud de Gaza. La ONU ha documentado la muerte de más de 500 trabajadores humanitarios.

“Esto ya no es una crisis de hambre inminente; es el hambre”, recalcó el funcionario de la ONU, quien denunció las campañas de desinformación que se han llevado a cabo contra las operaciones de ayuda.

Tanto Jenča como Rajasingham insistieron en que no existe una solución militar al conflicto y recordaron que el derecho internacional humanitario exige proteger a la población civil y facilitar la entrada de asistencia vital.

Deterioro de la situación en Cisjordania

También advirtieron sobre el deterioro de la situación en Cisjordania, marcada por la continuación de las operaciones militares, la violencia de colonos y las demoliciones de viviendas a un ritmo alarmante.

Esto agrava la crisis humanitaria en Cisjordania que, aunque menos visible por la atención internacional centrada en Gaza, no es menos grave.

El año pasado, la Corte Internacional de Justicia determinó que Israel debe poner fin “lo antes posible” a su presencia y políticas consideradas ilegales en el territorio, recordó Rajasingham, quien subrayó que estas dinámicas están erosionando aún más la estabilidad y la vida cotidiana de la población palestina en la zona.

Alto el fuego y creación de un Estado palestino

“El sufrimiento debe terminar”, concluyó Rajasingham, instando a todos los Estados con influencia a actuar para poner fin a la inhumanidad y garantizar que Gaza siga siendo parte integral de un futuro Estado palestino viable, independiente y soberano.

Ambos funcionarios subrayaron que la salida al conflicto pasa por un alto el fuego total, inmediato y permanente, la liberación incondicional de todos los rehenes y el acceso sin trabas de ayuda humanitaria.

Jenča instó a avanzar hacia una solución de dos Estados basada en las líneas de 1967, con Jerusalén como capital compartida, y a conformar un gobierno palestino legítimo que reunifique Gaza y Cisjordania política, económica y administrativamente, capaz de emprender la reconstrucción y garantizar la seguridad de palestinos e israelíes.

A Israel no le importa la humanidad

Tras la intervención de los funcionarios de la ONU, muchos embajadores del Consejo de Seguridad se hicieron eco de las horribles condiciones en las que viven los palestinos y pidieron a Israel que termine con “esta limpieza étnica”, como la calificó el representante de Pakistán.

El embajador de Argelia resumió en una frase lo que muchos diplomáticos expusieron cuando dijo: “Seamos claros, a las autoridades israelíes no les importa nada las leyes internacionales, no les importa el Consejo de Seguridad, no les importa nada la humanidad en sí misma, actúan con brutalidad, crueldad y barbarie, despojando a los palestinos de su esencia como seres humanos, reduciéndolos a algo menos que animales. Sí, para ellos, los palestinos son solo animales. Por ello, orquestan las matanzas de palestinos a través de todos los medios: hambre, sed, armas y humillación”.

Continuación del genocidio

El representante de la Autoridad Palestina señaló que los nuevos planes de Israel de expandir la ofensiva militar en Gaza continuarán el genocidio que está llevando a cabo. El embajador coincidió con su colega argelino en que las autoridades judías están usando todos los medios posibles para acabar con los palestinos, incluido el hambre.

Con respecto a la reciente afirmación del primer ministro israelí de que es mentira que haya una hambruna en Gaza, el diplomático propuso al Consejo de Seguridad celebrar una sesión en la Franja y llevar 130 periodistas de todo el mundo para verificar la verdad.

Después se preguntó por qué el Consejo de Seguridad no ha adoptado todavía sanciones contra Israel, y terminó pidiendo que de una vez ese órgano de seguridad adopte una resolución que contenga una fuerza internacional que garantice la protección de los palestinos.

“Mientras Israel continúe por encima de la ley, Israel será un país fuera de la ley”, concluyó.

Llamado para la ayuda humanitaria

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos insistió el 8 de agosto en que el Gobierno israelí no debe llevar a cabo una toma militar completa de la Franja de Gaza, comenzando por el control total de la ciudad de Gaza.

“La toma militar completa de la Franja de Gaza ocupada debe detenerse de inmediato”, insistió Volker Türk, después de que el gabinete de seguridad israelí aprobara un plan para una invasión militar a gran escala en este territorio palestino.

Esta medida es contraria al derecho internacional, prosiguió refiriéndose a una sentencia de la Corte Internacional de Justicia según la cual Israel debe poner fin a su ocupación y alcanzar una solución de dos Estados que otorgue a los palestinos el derecho a la autodeterminación.

Cualquier nueva escalada del conflicto entre Hamás e Israel, “dará lugar a más desplazamientos forzados masivos, más asesinatos, más sufrimiento insoportable, destrucción sin sentido y crímenes atroces”, afirmó Türk.

El Alto Comisionado insistió en que, en lugar de intensificar el conflicto, “el Gobierno israelí debería dedicar todos sus esfuerzos a salvar las vidas de los civiles de Gaza permitiendo el flujo total y sin restricciones de la ayuda humanitaria”.

Al mismo tiempo, todos los rehenes deben ser liberados de forma inmediata e incondicional por los grupos armados palestinos, continuó, añadiendo que los palestinos detenidos arbitrariamente por Israel también deben ser liberados.

“La guerra en Gaza debe terminar ahora. Y se debe permitir que israelíes y palestinos convivan en paz”, afirmó Türk.

Las estadísticas y la dinámica del VIH en Rusia distaban mucho de ser alentadoras mucho antes de la invasión a gran escala de Ucrania. Sin embargo, la guerra ha empeorado drásticamente la situación. En el primer año de la guerra, según datos del Ministerio de Defensa, la incidencia registrada del VIH entre el personal militar se multiplicó por más de 40. Las pérdidas demográficas y económicas que sufrirá Rusia como resultado de este brote tendrán repercusiones durante décadas y podrían llegar a superar el daño que sufrió por su invasión de Ucrania.



El número de personas que viven con VIH en Rusia superó el millón en 2016. Eso representa casi 1% de la población, o alrededor de 1,5-2% de las personas en edad laboral, y no incluye a quienes simplemente no se hicieron la prueba.

Incluso en esa etapa, la epidemia aún podría haberse controlado. Existe una vasta experiencia acumulada en la lucha contra el VIH en todo el mundo. Si hubiera habido voluntad política, habría bastado con aumentar el presupuesto del Ministerio de Salud para combatir la propagación del VIH e introducir métodos de prevención de eficacia comprobada, en lugar de depender de ideas anticuadas y perjudiciales sobre la vida familiar y los “principios morales”. Pero con la invasión a gran escala de Ucrania, la situación en Rusia solo ha empeorado considerablemente.

La terapia antirretroviral (TAR) moderna, que se prescribe de por vida a toda persona recién diagnosticada con VIH, no es barata. Incluso antes de la guerra, solo unas pocas regiones ricas podían financiarla íntegramente para todos los que la necesitaban. El Ministerio de Salud intentó cambiar los medicamentos occidentales a genéricos nacionales más económicos para reducir los costos, pero las organizaciones contra el VIH ya informaban sobre interrupciones en la disponibilidad de medicamentos esenciales incluso antes de la guerra. Ahora, las prioridades de la guerra han exacerbado ese problema. La proporción de pacientes con VIH que reciben tratamiento ha caído por debajo de 50% en Rusia por primera vez en muchos años.

La ola de represión contra la sociedad civil durante la guerra resultó ser el punto final del ya débil sistema ruso de asistencia a las personas con VIH. La Fundación Elton John, el mayor patrocinador mundial de ONG que trabajan en el campo del VIH, fue declarada “organización indeseable”, lo que obligó a las organizaciones rusas a suspender toda cooperación con ella. Además, la designación de las personas LGBTQ+ como un “movimiento extremista” aumentó aún más el estigma en torno a la comunidad gay y al problema del VIH.

Sin embargo, el mayor impacto lo ha causado la propia guerra. Los epidemiólogos afirman que el riesgo de propagación del VIH en el frente aumenta con las transfusiones de sangre y la reutilización de jeringas en los hospitales de campaña, por ejemplo.

Las personas que toman la TAR a diario ya no son contagiosas, pero cuando los soldados viven en trincheras bajo bombardeos constantes, el suministro y la administración ininterrumpidos

de TAR son poco realistas. Mientras tanto, el tratamiento irregular es incluso peor que la ausencia total de tratamiento, ya que puede provocar que el virus se vuelva resistente a los medicamentos y se transmita esa nueva mutación.

El problema es tan grave que fue reconocido oficialmente incluso por médicos del Ministerio de Defensa. El número de nuevos casos



de VIH detectados en las Fuerzas Armadas se quintuplicó desde el primer trimestre de 2022 hasta el otoño del mismo año. A finales de 2022, se había multiplicado por 13. Y a principios de 2023, se registró un crecimiento máximo de más de 40 veces. A finales de ese mismo año, la tasa de detección del VIH entre el personal militar era aproximadamente 20 veces mayor que antes de la guerra.

Estas altas tasas de transmisión se explican por el hecho de que el VIH no solo se transmite en la guerra a través de las heridas y su tratamiento. Las dos vías de transmisión más tradicionales –el contacto sexual sin protección (incluso con trabajadoras sexuales) y el uso compartido de agujas para inyectarse drogas– no han desaparecido. Al contrario, según periodistas independientes, ambas prosperan en un ejército de hombres que ganan un salario decente y viven cada día como si fuera el último.

A pesar del aumento de casos de VIH en las fuerzas armadas rusas, dar positivo en la prueba de VIH sigue siendo motivo oficial de incapacidad para servir en el ejército. En la etapa de reclutamiento, esta norma se suele cumplir. Se han reportado casos de reclutas que compran certificados falsos de VIH y hepatitis positivos para evitar ser enviados al frente.

Sin embargo, en el frente, estas normas ya no se cumplen tan estrictamente. Los medios de comunicación independientes y las redes sociales están llenos de historias de comandantes sobre el terreno que se niegan a dar de baja a los soldados, independientemente de su condición, debido a la escasez de personal.

Lo peor de todo es que ningún epidemiólogo está dispuesto a afirmar que el aumento repentino de nuevos casos de VIH se limita al ejército y que se debe a factores específicos del mismo. La dinámica en el resto de la población podría ser igual de grave. El aumento podría haberse detectado porque el personal militar, junto con las mujeres embarazadas, los migrantes y los profesionales, incluidos pilotos y chefs, están sujetos a pruebas obligatorias de VIH.

Una publicación rusa informó que, en 14 regiones de Rusia, la proporción de mujeres embarazadas que dan positivo en la prueba del VIH supera regularmente el 1%. Esto, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es otro síntoma de la transición hacia una epidemia generalizada del VIH, cuando ya no tiene sentido hablar de “grupos de riesgo” en ese país en particular.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), Rusia se encuentra entre los cinco países con mayor número de nuevos casos de VIH desde 2022, representando 3,9% de los 1,5 millones de nuevas infecciones a nivel mundial. Solo Sudáfrica (14% de todos los nuevos casos), Mozambique (6,5%), Nigeria (4,9%) e India (4,2%) registran más casos nuevos, y estos dos últimos tienen poblaciones significativamente mayores que Rusia.

Todavía no hay indicios de que esta dinámica vaya a cambiar pronto. Como era previsible, el Ministerio de Salud ruso desestimó los datos del ONUSIDA calificándolos de propaganda.

Rusia sufre una epidemia en un momento en que el VIH lleva mucho tiempo disminuyendo a nivel mundial. Según el [ONUSIDA](#), el número de nuevos casos detectados alcanzó su punto máximo a mediados de la década de 1990 y desde entonces se ha reducido a más de la mitad gracias a la prevención y la difusión de la TAR, que permite a las personas VIH positivas llevar una vida normal y no contagiar si se toma de forma continua. Mientras tanto, Rusia sigue registrando entre 50.000 y 100.000 nuevos casos de VIH al año.

En Estados Unidos, una [vacuna](#) que ofrece más de 90% de protección contra la transmisión del VIH durante seis meses superó recientemente la fase final de ensayos clínicos. A las personas con VIH se les ofrece ahora la cuarta generación de la TAR. En lugar de tener que tomar una pastilla al día, se les administran inyecciones cada pocos meses.

Incluso sin avances médicos, el VIH está destinado a dejar de ser un problema médico significativo en muchos países durante nuestra vida. La OMS desarrolló hace tiempo la estrategia 90-90-90 para combatir la epidemia incluso sin vacunas ni medicamentos eficaces. Si al menos 90% de las personas con VIH conocen su diagnóstico, 90% de ellas reciben tratamiento constante y este funciona para 90% de quienes lo reciben, la propagación del virus se detendrá casi por completo.

La esperanza de vida de las personas VIH positivas que reciben tratamiento actualmente supera ligeramente la de las personas sin VIH, gracias a los controles médicos más intensivos. Esto significa que, para la segunda mitad del siglo XXI, cuando la mayoría de las personas VIH positivas actuales hayan fallecido de muerte natural, la enfermedad prácticamente desaparecerá. Incluso en el África subsahariana, el número de nuevos casos se redujo en más de 20% en la década de 2010, y el número de muertes en casi 40%.

Según la OMS, la situación del VIH está mejorando en todo el mundo, excepto en una región: Europa central y oriental. Rusia ocupa el [primer](#) lugar en Europa en cuanto a la proporción de población con VIH, con 1,5%, seguida de Ucrania con 1,1%.

No hay ninguna razón objetiva para que el VIH esté disminuyendo en todo el mundo, excepto en Rusia. Los factores que lo explican son puramente políticos.

Rusia es el último gran país del mundo que sigue insistiendo en la prohibición total de la terapia de sustitución (como la metadona) para consumidores de drogas bajo supervisión médica. La investigación clínica y las recomendaciones de la OMS indican claramente que la terapia de sustitución puede, al menos, reducir los daños asociados a las drogas, incluida la propagación del VIH.

No menos dañina es la prohibición de la educación sexual en las escuelas, donde se podría enseñar a los jóvenes la importancia de la anticoncepción y de someterse a pruebas para detectar infecciones de transmisión sexual.

Quienes contrajeron el VIH durante la guerra de Rusia contra Ucrania necesitarán un costoso tratamiento de por vida, no solo por su propio bien, sino también para reducir el riesgo de propagación de la epidemia. Esto supondrá una carga para el presupuesto y el sistema sanitario rusos, y un duro golpe para el mercado laboral y la demografía durante los próximos 50 años del siglo XXI, mucho después del fin de la guerra en Ucrania y del gobierno de Vladímir Vladímirovich Putin.

Hasta el 7 de agosto de 2025, la Oficina Regional del Servicio Federal para la Supervisión y la Protección de los Consumidores (Rosпотребнадзор) había notificado cinco casos humanos de brucelosis en la región de Volgogrado, y es posible que se identifiquen casos adicionales. Los animales de granja se consideran la fuente probable de la infección. No se ha notificado la especie de *Brucella* involucrada en estas infecciones.

De los cinco casos de brucelosis, tres son adultos y dos niños.

El 1 de abril de 2025, se había reportado un brote de brucelosis entre carneros en la isla de Sarpinsky. Se implementaron medidas de control, como el sacrificio de los animales infectados, para contener el brote. La isla de Sarpinsky, ubicada en el río Volga, dentro de los límites de la ciudad de Volgogrado, es la isla más grande del río Volga, en el sur de Rusia.

La transmisión de la brucelosis generalmente ocurre a través del contacto con animales infectados o por el consumo de productos animales contaminados.

Las medidas preventivas implican evitar los productos lácteos crudos o no pasteurizados y utilizar equipos de protección al manipular animales.

La respuesta de salud pública incluye consejos preventivos, haciendo hincapié en la vigilancia durante la manipulación de ganado y productos animales. Las medidas recomendadas incluyen evitar los productos lácteos sin pasteurizar, y utilizar equipo de protección al manipular animales. Se aconseja a los consumidores evitar la compra de carne y productos lácteos en mercados no autorizados, y los productos de productores privados deben someterse a un tratamiento térmico exhaustivo antes de su consumo.

El brote pone de relieve el riesgo persistente de brucelosis en las zonas rurales y agrícolas y su potencial para causar enfermedad febril, discapacidad prolongada y pérdidas económicas debido a la morbilidad del ganado.

La brucelosis es endémica en algunas regiones de Rusia, con casos reportados cada año. Persiste un alto riesgo de epizootia en los distritos federales del Volga, el Cáucaso Sur y el Cáucaso Norte, así como en el sur de Siberia, el Lejano Oriente y el Ártico, que afecta al ganado vacuno, los pequeños rumiantes y los renos. Existen vacunas contra la brucelosis para animales, especialmente para el ganado vacuno y los pequeños rumiantes. La vacuna RB51 se usa comúnmente en el ganado vacuno, mientras que la vacuna Rev 1 se usa en ovejas y cabras. Actualmente, no se utiliza ninguna vacuna para especies silvestres.



Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Taiwán anunciaron el 12 de agosto el primer caso humano confirmado de tularemia desde 2022. La tularemia se incluyó en la cuarta categoría de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en Taiwán en 2007, y hasta el momento se ha confirmado un total de tres casos, dos importados y uno local; los primeros dos casos fueron importados de Estados Unidos en 2011 y el caso local se reportó en el sur de Taiwán en 2022.

Los CDC explicaron que el caso es una ciudadana taiwanesa de unos 70 años que vive en la región sur. Tiene antecedentes de enfermedad renal crónica, hipertensión, diabetes y otras enfermedades crónicas. Su dieta consiste principalmente en alimentos cocidos. No presenta antecedentes de viajes al extranjero durante el período de incubación, ni de actividades al aire libre, ni de contacto con animales. No tiene mascotas en su hogar y no hay entornos de riesgo como césped o sitios de construcción alrededor de su casa. No ha sido picada por mosquitos. La paciente presentó fiebre, debilidad general y micción frecuente el 12 de julio y buscó atención médica en una clínica. Sin embargo, como sus síntomas no mejoraron y desarrolló escalofríos y diarrea, regresó a urgencias y se le diagnosticó tularemia. La secuenciación del genoma completo de la muestra de sangre confirmó el agente causal de la tularemia, lo que confirmó el diagnóstico. Sus síntomas mejoraron después del tratamiento y fue dada de alta recientemente. Las autoridades sanitarias completaron la desinfección del hogar de la paciente y el área circundante e informaron al laboratorio al hospital. El personal del hospital involucrado en las pruebas y los familiares que visitaron a la paciente fueron monitoreados durante 14 días y actualmente no muestran síntomas sospechosos.

Los CDC recomiendan a la población evitar el contacto con animales salvajes, como conejos y roedores, y evitar comer animales salvajes o carne de ganado poco cocidos. Al viajar a zonas endémicas, se recomienda usar ropa de manga larga y repelente de insectos aprobado por el gobierno para evitar las picaduras de artrópodos. Al manipular cadáveres de animales (especialmente conejos), usar barbijos y guantes impermeables, y evitar el contacto con agua sin desinfectar, o beberla. Las personas, especialmente aquellas con enfermedades respiratorias o cardiovasculares crónicas, diabetes o inmunodepresión, deben buscar atención médica de inmediato si presentan síntomas como fiebre alta, escalofríos, inflamación de los ganglios linfáticos, úlceras dolorosas y de cicatrización lenta en el lugar de la infección, faringitis, dolor abdominal, vómitos o diarrea. También deben informar sobre su historial de viajes y contacto con animales.

La tularemia es una enfermedad zoonótica causada por *Francisella tularensis*, cuyos principales huéspedes silvestres incluyen conejos, liebres, topillos, ratas almizcleras, castores y ratas de agua. El patógeno circula entre los artrópodos vectores y diversos mamíferos, aves, reptiles y peces. Incluso dosis bajas pueden causar la enfermedad, y el período de incubación depende de la dosis, generalmente de 3 a 5 días, pero puede llegar a ser de hasta 14 días. Sus áreas endémicas incluyen América del Norte, Europa, Asia y Medio Oriente. La infección humana se produce por múltiples vías: picaduras de artrópodos hematófagos (generalmente garrapatas y tábanos), contacto con tejido animal infectado, consumo de alimentos y agua contaminados o inhalación de polvo contaminado por el patógeno. Hasta la fecha, no se ha reportado transmisión entre personas. Los grupos de riesgo incluyen a quienes tienen exposición ocupacional en laboratorios y quienes realizan actividades al aire libre.

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.