



Reporte Epidemiológico de Córdoba

11 DE MAYO
2020
REC 2.316

ARGENTINA

- Vigilancia de infección respiratoria aguda grave
- Confirmaron cinco muertos y 258 nuevos casos de COVID-19 en las últimas 24 horas
- Santa Fe: Se aprobó la emergencia sanitaria por dengue

AMÉRICA

- Brasil: La principal amenaza para la respuesta a la COVID-19 es el presidente Bolsonaro

- Canadá: Alertan en Manitoba sobre las enfermedades transmitidas por garrapatas
- Estados Unidos: Continúan aumentando los casos de enfermedades transmitidas por alimentos

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Afganistán: Informaron seis nuevos casos de poliomielitis
- Angola: Alerta por casos de malaria

- Singapur: Ante el aumento de casos de dengue liberan *Aedes aegypti* infectados con *Wolbachia*

- Yemen: Peligra la ayuda básica para cerca de un millón de desplazados y refugiados
- La COVID-19 está alterando los flujos de las drogas ilícitas
- La actual pandemia de COVID-19 puede duplicar la letalidad de la tuberculosis

PUNTO DE VISTA

- El acceso ético a las terapias experimentales para COVID-19

Comité Editorial

Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ

Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA
ENRIQUE FARIÁS

Editores Asociados

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

Adherentes



05/05/2020

A partir del año 2016, la definición de caso de infección respiratoria aguda grave (IRAG) fue modificada de acuerdo con la definición internacional establecida por la Organización Mundial de la Salud en 2014.

La definición de caso de IRAG es la siguiente: toda infección respiratoria aguda que presente antecedente de fiebre o fiebre constatada mayor o igual a 38°C, tos, con inicio dentro de los últimos 10 días y que requiera hospitalización.

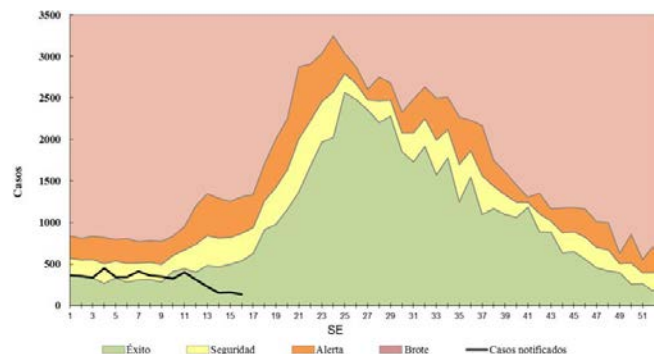


Gráfico 1. Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2020, en base a datos de los años 2015/2019. Casos de 2020 hasta semana epidemiológica 16. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Hasta la semana epidemiológica (SE) 16 de 2020 se registraron 5.059 casos de IRAG, con una tasa acumulada de 11,39 casos cada 100.000 habitantes. Las notificaciones se encuentran en el área de seguridad en las semanas analizadas, observándose a partir de la SE 11 un abrupto descenso a las áreas de éxito lo cual puede ser atribuido a la pérdida de oportunidad en la notificación, que podría relacionarse al contexto actual de pandemia de COVID-19.

09/05/2020

El Ministerio de Salud de Argentina informó el 10 de mayo que durante las últimas 24 horas se registraron cinco muertes y 258 nuevos casos de COVID-19. Con estos datos, el total de infectados en todo el país asciende a 6.034 y las víctimas fatales suman 305.

Del total de esos casos, 930 (15,4%) son importados, 2.668 (44,2%) son contactos estrechos de casos confirmados, 1.765 (29,3%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Los últimos fallecidos se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) – dos casos, un hombre de 50 años de edad y una mujer, de 90 años– y en la provincia de Buenos Aires –tres hombres de 66, 74 y 87 años de edad–.

Hasta la fecha, fueron dadas de alta 1.757 personas. El 9 de mayo fueron realizadas 2.289 nuevas muestras y desde el inicio del brote se hicieron 83.018 pruebas diagnósticas para esta enfermedad, lo que equivale a 1.829,5 muestras cada millón de habitantes.

El número de casos descartados hasta ayer era de 63.458 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico). La franja etaria más afectada es la de 20 a 59 años, siendo la edad promedio de los casos de 41 años.

El ministro de Educación, Nicolás Alfredo Trotta, pronosticó que los niños podrían retomar las clases de manera escalonada después del receso invernal, siempre que no haya un pico de contagios tras la habilitación de varias actividades industriales y comerciales.

“Nuestro escenario es que después de las vacaciones de invierno tengamos un regreso escalonado a clases, si epidemiológicamente es posible”, afirmó el Ministro.

Para no generar falsas expectativas, en todo momento se preocupó por aclarar que “se trata de un escenario que aún no está confirmado, porque tenemos incertidumbre de qué sucederá tras la apertura de la economía”.

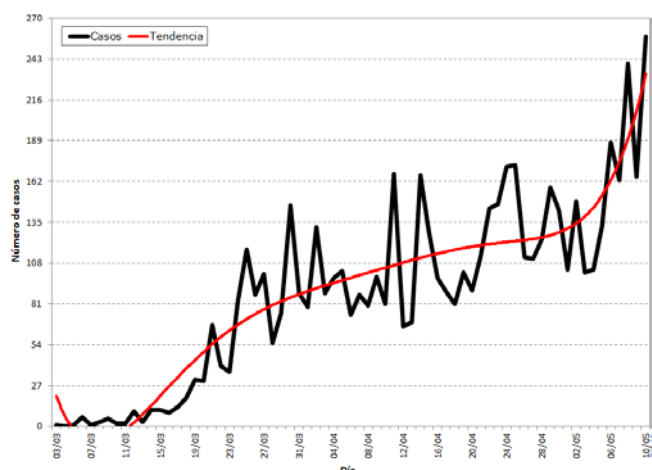


Gráfico 2. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Del 3 de marzo al 10 de mayo de 2020. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) continuará en la fase tres. Esto no es un avance ni un retroceso, es trabajar con seriedad. En la CABA y el Gran Buenos Aires siguen las cosas como hoy”, indicó el Presidente.

En ese sentido, explicó que esto se debe a que “para pasar a la apertura progresiva hace falta que el tiempo de duplicación de casos sea superior a los 25 días, y eso se ha logrado en toda la Argentina, menos en el AMBA”. Según precisó Fernández, actualmente el tiempo de duplicación de casos promedio en todo el país es de 25,1 días.

Jurisdicción	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1.961	97	63,76	4,95
Buenos Aires	2.112	127	12,04	6,01
Córdoba	333	22	8,86	6,61
Entre Ríos	28	—	2,02	—
Santa Fe	244	3	6,90	1,23
Centro	4.678	249	15,97	5,32
Mendoza	86	9	4,32	10,47
San Juan	3	—	0,38	—
San Luis	11	—	2,16	—
Cuyo	100	9	3,05	9,00
Chaco	459	20	40,95	4,36
Corrientes	54	—	4,48	—
Formosa	—	—	—	—
Misiones	25	1	1,98	4,00
Noreste Argentino	538	21	12,83	3,90
Catamarca	—	—	—	—
Jujuy	5	—	0,65	—
La Rioja	59	7	14,99	11,86
Salta	4	—	0,28	—
Santiago del Estero	16	—	1,64	—
Tucumán	41	4	2,42	9,76
Noroeste Argentino	125	11	2,20	8,80
Chubut	4	—	0,65	—
La Pampa	5	—	1,39	—
Neuquén	111	5	16,72	4,50
Río Negro	276	10	36,92	3,62
Santa Cruz	49	—	13,40	—
Tierra del Fuego	148	—	85,34	—
Sur	593	15	20,25	2,53
Total Argentina	6.034	305	13,30	5,05

Tabla 1. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 10 de mayo. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El 8 de mayo, el presidente Alberto Ángel Fernández anunció la prórroga del aislamiento físico, preventivo y obligatorio hasta el 24 de mayo en la CABA y el conurbano, con apertura para algunas actividades en distintas zonas del país.


Fernández afirmó que “no hay que perder el esfuerzo” realizado en los primeros 50 días de cuarentena y destacó que “ésta es una epopeya del pueblo argentino”.

“El decreto dispondrá que toda Argentina pasa a la fase cuatro, mientras que el Área

El jefe de Estado detalló que en esta nueva fase los gobernadores del interior tendrán la facultad de habilitar el funcionamiento de industrias y comercios, siempre que se cumpla con los protocolos para cada sector que publicará el Poder Ejecutivo en las próximas horas.

El 9 de mayo, el Gobierno porteño anunció la habilitación de algunas actividades comerciales a partir del 12 de mayo y otras desde el 14 y el 16 de mayo. La excepción más notoria la constituyen los rubros de indumentaria y calzado, que seguirán cerrados al público por lo menos hasta el 24 de mayo. Entre ellas se destacan: los comercios minoristas (de 11:00 a 21:00 horas), la venta de comidas y bebidas (de 11:00 horas y sin límite de horario de cierre), la construcción (sólo excavaciones y demoliciones) y la administración de escuelas privadas.

Por otro lado, se permitirán los paseos con niños de hasta 15 años inclusive, los días sábado y domingo. El adulto que tenga su documento nacional de identidad (DNI) terminado en número par, lo hará los días pares y el que tenga el DNI terminado en número impar los días impares. El paseo durará máximo una hora y podrá hacerse hasta 500 metros de la casa. Los menores de 6 años, sin tapabocas. En plazas y parques sólo se puede circular por las veredas y caminos internos siempre y cuando estén abiertos.

	<p style="text-align: right;"><i>SANTA FE</i></p> <p style="text-align: center;">SE APROBÓ LA EMERGENCIA SANITARIA POR DENGUE</p> <p style="text-align: right;"><i>07/05/2020</i></p>
---	---

La Legislatura provincial de Santa Fe aprobó en la sesión del 7 de mayo el proyecto en que se solicita la declaración de emergencia sanitaria por dengue en la provincia por el plazo de tres meses. Además, se creará un Comité de Coordinación de acciones relativas al dengue bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

“Celebremos que se empiecen a tomar medidas al respecto de un tema que venimos reclamando desde hace meses. Reiteramos el pedido de declaración de emergencia en numerosas oportunidades porque veíamos que el dengue avanzaba de manera acelerada en Santa Fe y desde el Estado no se estaba haciendo nada”, indicó la diputada María Ximena Sola, autora del proyecto.

En cuanto al objetivo de la emergencia, la legisladora explicó que, “a partir de la sanción de esta ley, el Ejecutivo se encuentra autorizado a reajustar los recursos y disponer de los mismos para realizar la campaña correspondiente de prevención, atención y evolución del virus del dengue en todo el territorio de la provincia y poniendo especial foco en las zonas más afectadas”.

Por otra parte, Sola dijo que el Comité de Coordinación “se encargará de relevar la situación de las localidades más críticas para priorizar las intervenciones, realizará un diagnóstico pormenorizado de la situación, garantizará la distribución de repelente de insectos por todo el territorio provincial, garantizará las fumigaciones especiales, coordinará con autoridades nacionales, municipales y comunales la acciones a llevar adelante para la mayor efectividad en las tareas de prevención y deberá informar la cantidad de casos confirmados y en estudio, entre otras tareas”.

“Además, se creará un nuevo comité en cada uno de los departamentos para articular el intercambio y evaluación de la situación sanitaria y social relativa a la epidemia de dengue con el comité provincial. Los senadores provinciales, diputados provinciales, intendentes y presidentes comunales estarán invitados a formar parte de esos comités”, indicó.

La legisladora aclaró que la emergencia podría prorrogarse en caso de ser necesario. “A partir de esta declaración, el gobierno provincial tendrá las herramientas necesarias para contribuir a disminuir los casos de dengue”, concluyó.

La provincia de Santa Fe atraviesa este 2020 el brote de dengue más importante de su historia, con 3.701 casos confirmados por el Ministerio de Salud en el boletín epidemiológico emitido el 7 de mayo. El foco principal se encuentra en el departamento General Obligado, donde Reconquista y Avellaneda suman más de 1.500 casos (1.224 y 333, respectivamente). Pero también hay situaciones preocupantes en el departamento Rosario (860 casos) y en el departamento Castellanos (648 casos, de los cuales 573 corresponden a la ciudad de Rafaela).

“La propia Directora de Epidemiología, Carolina Cudós, reconoció que es la peor epidemia registrada en Santa Fe y que se extenderá hasta fines de mayo”, recordó la diputada Lorena Ulieldin, y mencionó los dichos del gobernador Omar Ángel Perotti, el pasado 1 de mayo, “cuando reconoció no estar satisfecho en todo lo hecho en la lucha contra el dengue”.

La enfermedad se disparó en los registros oficiales: entre el 16 y el 23 de abril se sumaron 60% más de casos, entre el 24 y el 30 de abril el incremento fue de 27% y en la última semana fue de 15%. A esta altura, la epidemia de dengue parece mucho más grave y preocupa –al menos a la población– mucho más que la de COVID-19, que suma sólo 244 casos. Dicho de otro modo: en este momento, en la provincia de Santa Fe hay 15 veces más casos de dengue que de COVID-19.

América

THE LANCET	<p style="text-align: right;"><i>BRASIL</i></p> <p style="text-align: center;">LA PRINCIPAL AMENAZA PARA LA RESPUESTA A LA COVID-19 ES EL PRESIDENTE BOLSONARO</p> <p style="text-align: right;"><i>04/05/2020</i></p>
------------	--

La pandemia de COVID-19 llegó a América Latina más tarde que a otros continentes. El primer caso se registró en Brasil el 25 de febrero de 2020. Pero ahora, Brasil tiene la mayoría de los casos y muertes en América Latina (156.061 casos y 10.656 muertes al 10 de mayo), y estas son probablemente subestimaciones sustanciales. Aún más preocupante, la duplicación de la tasa

de muertes se estima en solo cinco días y un estudio reciente¹ del Imperial College de Londres, Reino Unido, que analizó la tasa de transmisión activa de COVID-19 en 48 países, mostró que Brasil es el país con la tasa de transmisión más alta (R_0 de 2,81). Las grandes ciudades como São Paulo y Río de Janeiro son los principales puntos críticos ahora, pero existen preocupaciones y signos tempranos de que las infecciones se están trasladando tierra adentro a ciudades más pequeñas con provisiones inadecuadas de camas de cuidados intensivos y respiradores mecánicos. Sin embargo, quizás la mayor amenaza para la respuesta de Brasil a la COVID-19 sea su presidente, Jair Messías Bolsonaro.



Cuando los periodistas le preguntaron la semana pasada sobre el número cada vez mayor de casos de COVID-19, respondió: “¿Y qué? ¿Qué quieres que haga?”. No solo sigue sembrando la confusión al burlarse abiertamente y desalentar las medidas sensatas de distanciamiento físico y encierro introducidas por los gobernadores estatales y los alcaldes de las ciudades, sino que también ha perdido a dos ministros importantes e influyentes en las últimas tres semanas. Primero, el 16 de abril, Luiz Henrique Mandetta, el respetado y querido Ministro de Salud, fue despedido después de una entrevista televisiva, en la que criticó fuertemente las acciones de Bolsonaro y pidió unidad, o de lo contrario se corría el riesgo de dejar a los 210 millones de brasileños completamente confundidos. Luego, el 24 de abril, tras la destitución del jefe de la policía federal de Brasil por parte de Bolsonaro, el ministro de Justicia, Sérgio Fernando Moro, una de las figuras más poderosas del gobierno de derecha y designado por Bolsonaro para combatir la corrupción, anunció su renuncia. Tal desorden en el corazón de la administración es una distracción mortal en medio de una emergencia de salud pública y también es una clara señal de que el liderazgo de Brasil ha perdido su brújula moral, si alguna vez tuvo una.

Incluso sin el vacío de acciones políticas a nivel federal, Brasil tendría un momento difícil para combatir la COVID-19. Unos 13 millones de brasileños viven en favelas, a menudo con más de tres personas por habitación y poco acceso a agua segura. Las recomendaciones de distanciamiento físico e higiene son casi imposibles de seguir en estos entornos: muchas favelas se han organizado para implementar las mejores medidas posibles. Brasil tiene un gran sector de empleo informal con muchas fuentes de ingresos que ya no son una opción. La población indígena ha estado bajo grave amenaza incluso antes del brote de COVID-19 porque el gobierno ha estado ignorando o incluso alentando la minería ilegal y la tala en la selva amazónica. Estos madereros y mineros ahora corren el riesgo de llevar la COVID-19 a poblaciones remotas. Una carta abierta del 3 de mayo de una coalición mundial de artistas, celebridades, científicos e intelectuales, organizada por el fotoperiodista brasileño Sebastião Salgado, advierte sobre el inminente genocidio.

¿Qué están haciendo la comunidad científica y de salud y la sociedad civil en un país conocido por su activismo y su abierta oposición a la injusticia y la inequidad y con la salud como un derecho constitucional? Muchas organizaciones científicas, como la Academia Brasileña de Ciencias y la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), se han opuesto durante mucho tiempo a Bolsonaro debido a los severos recortes en el presupuesto científico y una demolición general de la seguridad social y los servicios públicos. En el contexto de la pandemia de COVID-19, muchas organizaciones han lanzado manifiestos dirigidos a la

¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

población –como el Pacto por la Vida y por Brasil²– y declaraciones escritas y súplicas a funcionarios del gobierno que piden unidad y soluciones conjuntas. Ocurre con frecuencia que la gente golpea cacerolas desde los balcones como protesta durante los anuncios presidenciales. Se están realizando muchas investigaciones, desde ciencias básicas hasta epidemiología, y hay una producción rápida de equipos de protección personal, respiradores y kits de prueba.

Estas son acciones esperanzadoras. Sin embargo, el liderazgo al más alto nivel del gobierno es crucial para evitar rápidamente el peor resultado de esta pandemia, como es evidente en otros países. El desafío es en última instancia político, y requiere la participación continua de la sociedad brasileña en su conjunto para garantizar el derecho a la salud de todos los brasileños. Brasil como país debe unirse para dar una respuesta clara al “¿Y qué?” de su presidente. Necesita cambiar drásticamente el rumbo o debería ser el próximo en partir.³

	<p>CANADÁ</p> <p>ALERTAN EN MANITOBA SOBRE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR GARRAPATAS</p>
	<p>04/05/2020</p>

Mayo es el Mes de concientización sobre la enfermedad de Lyme en Manitoba, Canadá, y a medida que el clima se calienta, las autoridades sanitarias recuerdan a la población que las enfermedades transmitidas por garrapatas se pueden prevenir, realizando controles regulares de garrapatas después de pasar tiempo al aire libre, sabiendo dónde se pueden encontrar las garrapatas patas negras (*Ixodes scapularis*), minimizando el riesgo de exposición y reconociendo los signos y síntomas de las enfermedades transmitidas por garrapatas. Estas precauciones ayudarán a proteger contra la anaplasmosis, la babesiosis y la enfermedad de Lyme.

Las garrapatas de patas negras, que pueden portar anaplasmosis, babesiosis y enfermedad de Lyme, se encuentran más comúnmente dentro y a lo largo del borde de los bosques y en áreas con arbustos gruesos y leñosos y otra vegetación. Estas garrapatas se encuentran típicamente desde principios de la primavera, cuando la nieve se derrite, hasta fines del otoño.

La carga de la enfermedad de Lyme y otras enfermedades transmitidas por garrapatas en Manitoba continúa aumentando, y la temporada 2019 fue la más activa hasta la fecha, con 64 casos confirmados y probables de enfermedad de Lyme reportados. Desde 2015, casi 90% de los casos de anaplasmosis y enfermedad de Lyme notificados en Manitoba probablemente tuvieron exposición local. La mayoría de los casos de anaplasmosis y enfermedad de Lyme estuvieron expuestos entre mayo y julio, y menos de 40% recordó una picadura de garrapata. Esto probablemente refleja la exposición a las ninfas de estas garrapatas, que son más pequeñas, y cuya actividad también alcanza su punto máximo entre mayo y julio.

² Puede consultar el texto completo del *Pacto pela Vida e pelo Brasil*, haciendo clic [aquí](#).

³ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

En Canadá, el número de casos de enfermedad de Lyme reportados por todas las provincias aumentó de 144 en 2009 a 992 en 2016, lo que representa un aumento desde 0,4 hasta 2,7 cada 100.000 habitantes durante este período de tiempo.

En 2016, más de 88% de los casos reportados correspondieron a Ontario, Québec y Nova Scotia.

Este total anual aumentó a más de 2.000 casos en 2017.



ESTADOS UNIDOS

CONTINÚAN AUMENTANDO LOS CASOS DE
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS

01/05/2020

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicaron datos de 2019 que indican que las enfermedades transmitidas por los alimentos (ETA) están en aumento, en comparación con el período 2016/2018. Aumentaron las tasas de infecciones por *Campylobacter*, *Cyclospora*, *Escherichia coli* productora de toxina Shiga (STEC), *Vibrio* y *Yersinia*. Las infecciones causadas por *Listeria*, *Salmonella* y *Shigella* se mantuvieron sin cambios. Disminuyeron los casos de infecciones causadas por el serotipo Typhimurium de *Salmonella enterica enterica*.

Estos nuevos datos de los CDC indican que no se cumplirán los objetivos de la organización “Healthy People 2020” para reducir los casos de ETA.

Este informe de los CDC muestra que los patógenos transmitidos por alimentos están aumentando en todos los ámbitos, y el pollo y las verduras de hoja son mencionados específicamente como los principales culpables de la transmisión. Estos dos alimentos fueron en gran parte responsables de los casos de infección por *Salmonella*, *Cyclospora* y *Listeria*.

Las aves de corral y la lechuga han enfrentado un par de años difíciles. La escarola fue la causa de los principales brotes de *E. coli* en los últimos dos años, y el brote más reciente ocurrió el otoño pasado.

Del mismo modo, las aves de corral han estado bajo escrutinio. En 2019, los CDC informaron que casi un tercio de los casos de salmonelosis estaban relacionados con la carne vacuna o las aves de corral. En una actualización de 2016 de su Plan de Acción contra la Salmonella, el Servicio de Inocuidad e Inspección de los Alimentos (FSIS) calificó al patógeno como la principal causa de enfermedades bacterianas transmitidas por los alimentos en Estados Unidos, causando aproximadamente 1,2 millones de enfermedades al año.

Debido a que las ETAs siguen afectando a la industria alimentaria de Estados Unidos, el gobierno y miembros de la industria han estado trabajando para encontrar soluciones, y están tomando medidas drásticas cuando se producen brotes. Al aumentar los casos de ETAs a fines de 2018, el ex comisionado de la FDA, Scott Gottlieb, pidió a los minoristas, restaurantes y otros puntos de venta comerciales que retiraran toda la escarola de los estantes y la destruyeran solo dos días antes del Día de Acción de Gracias, la primera solicitud de retiro de productos desde un brote causado por espinacas en 2006.

También ha habido soluciones a largo plazo en el desarrollo. La Ley de Modernización de la Seguridad Alimentaria, promulgada en 2011, hace un llamado a los productores para que analicen el agua de riego y tomen medidas para evitar el uso de fuentes contaminadas en los productos. Sin embargo, la FDA anunció en 2017 que la implementación se retrasaría hasta al menos el año 2022.

Mientras los agricultores esperan que las regulaciones asociadas con la Ley de Modernización de la Seguridad Alimentaria entren en vigencia, los productores de lechuga enfrentarán una mayor supervisión de la FDA, que planea recolectar 270 muestras post-cosecha en las regiones productoras de California y Arizona durante el próximo año.

En el sector avícola, se están desarrollando varias vacunas para enfermedades como la influenza aviar y la salmonelosis, ya que tanto los agricultores como las agencias gubernamentales buscan formas de reducir la proliferación de estos patógenos. El informe de los CDC señala que la disminución del serotipo Typhimurium de *Salmonella enterica* está relacionada con la práctica generalizada de la vacunación. El informe también ilustra que después de que el Reino Unido implementó la vacunación generalizada de pollos y mejoró la higiene de las granjas, disminuyeron las infecciones por *Salmonella enterica enterica* serotipo Enteritidis.

“Apuntar a otros serotipos mediante la vacunación de aves de corral podría ser una forma de reducir las enfermedades humanas en Estados Unidos”, dijo el informe.

El gobierno no es la única entidad que está trabajando para reducir la cantidad de enfermedades resultantes de los patógenos transmitidos por los alimentos. La industria de las verduras de hoja recientemente ha tomado medidas para mejorar los procesos de producción. Los productores han reforzado los requisitos de los cultivadores y recientemente se embarcaron en una iniciativa de seguridad alimentaria de varios años que involucra al gobierno, la academia y la industria para comprender mejor el impacto de los patógenos en las verduras de hoja en áreas como el Condado de Yuma, en Arizona, e Imperial Valley, en California.

Las compañías independientes también están tomando medidas para prevenir la contaminación. Tyson Ventures, el brazo de capital de riesgo de la compañía cárnica, invirtió en la plataforma automatizada de seguridad alimentaria de Clear Labs, que puede detectar *Salmonella* en 24 horas en lugar de tres a cinco días.

Sin embargo, la erradicación de estos brotes requerirá un análisis de la causa raíz para encontrar las razones subyacentes de cómo y por qué ocurren los brotes de ETA. Para que esta intervención tenga éxito, las empresas y las agencias gubernamentales no pueden operar de forma independiente. Un análisis exitoso de la causa de raíz requiere que el esfuerzo se sincronice entre las industrias alimentarias, las agencias reguladoras y las instituciones académicas.

Este esfuerzo no solo podría eliminar las razones detrás de un brote, sino también prevenirlo en el futuro. Esto podría disminuir la dependencia de la industria de los retiros de productos que resultan en pérdidas financieras por la disminución de las ventas y el desperdicio de productos. La prevención de retiros y brotes también tiene la posibilidad de disipar las preocupaciones de los consumidores después del brote, lo que puede generar dudas en los compradores y prolongar la caída en las cifras de ventas que experimentan las empresas después de los informes de contaminación de alimentos.⁴

⁴ Los datos fueron recopilados por FoodNet –una colaboración ente los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), diez Departamentos de Salud estatales, el Servicio de Inspección y Seguridad Alimentaria del

Saturados la mayoría de los hospitales en Ciudad de México

La mayoría de los hospitales públicos y privados que atienden a pacientes con COVID-19 en la Ciudad de México y zonas aledañas se encontraban saturados el 9 de mayo, según información del gobierno capitalino y las empresas, en momentos en que el área enfrenta la etapa más aguda de la epidemia.

De los 64 hospitales del sistema estatal de salud en la capital y el adyacente Estado de México destinados a recibir a pacientes con COVID-19, 26 estaban “sin capacidad”, de acuerdo a datos del gobierno de Ciudad de México. Unas 16 clínicas estaban “con espacio limitado” y 22 aún tenían espacio.

La Asociación Nacional de Hospitales Privados, que cuenta con 1.052 camas para atender a pacientes con COVID-19 y 363 espacios de terapia intensiva con ventiladores pulmonares, aseguró que en seis estados, incluyendo la capital, están al 100% de ocupación.

“No tenemos disponibilidad por el momento”, dijo una trabajadora de la sucursal del Centro Médico ABC habilitada para tratar pacientes con COVID-19 en Ciudad de México. Sin embargo, agregó que la disponibilidad de sus 150 camas para estos pacientes es “variable”.

Médica Sur, Hospital Español y dos clínicas del Grupo Ángeles en la capital revelaron que estaban al tope de su capacidad y que tampoco recibían a más pacientes con el virus.

El Valle de México, conformado por la capital y el contiguo Estado de México y hogar de más de 21 millones de personas, enfrenta este fin de semana el pico de contagios, en medio de

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100,000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Europa	1,757,431	156,691	188,06	8,92
América	1,751,261	104,364	171,50	5,96
Mediterráneo Oriental	263,622	8,995	36,20	3,41
Pacífico Occidental	161,784	6,492	8,14	4,01
Sudeste Asiático	100,871	3,487	5,06	3,46
África	43,548	1,389	3,90	3,19
Total	4,078,517	281,418	52,42	6,90

Tabla 2. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 10 de mayo de 2020, 14:32 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

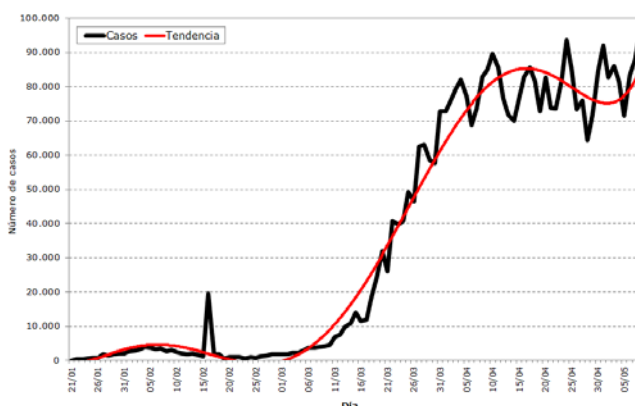


Gráfico 3. Casos confirmados de COVID-19 a nivel global, y línea de tendencia. Del 21 de enero al 10 de mayo de 2020. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

reclamamos a las autoridades por no aplicar pruebas masivas y luego que aceptaran un subregistro de fallecidos.

Hasta el 7 de mayo, Ciudad de México tenía 38% de disponibilidad de camas con ventilador y el Estado de México 55%, según cifras de la Secretaría de Salud. La oferta nacional era de 75%.

México reportó hasta el 9 de mayo 31.522 infectados y 3.160 fallecidos por la COVID-19, gran parte de ellos en la capital y el Estado de México. Sin embargo, las autoridades estiman que, hasta hace dos semanas, había más de 104.000 contagiados.

Francia con menor cantidad de muertes en más de un mes

La Dirección General de Salud de Francia (DGS) reportó el 9 de mayo 80 decesos por la COVID-19 en las últimas 24 horas, la menor cantidad desde comienzos de abril, aunque el país lamentaba en esa fecha 26.313 muertes.

La autoridad sanitaria también destacó que la cifra de personas ingresadas bajó por 23ª jornada consecutiva, al pasar de 22.724 a 22.614, 110 menos. Por su parte, los atendidos en cuidados intensivos disminuyeron por 31º día consecutivo, de 2.868 a 2.812. Respecto de las altas médicas, llegaron a 56.038.

Francia vivió el 10 de mayo su última jornada de cuarentena general, que comenzó el 17 de marzo para frenar la propagación de la COVID-19. El 11 de mayo dará inicio el desconfiamento paulatino, ajustado a la situación epidemiológico-sanitaria en los 101 departamentos, 32 de ellos clasificados en rojo, lo que significa limitaciones ante el riesgo de circulación del SARS-CoV-2 y las tensiones que mantienen sus hospitales. Los territorios marcados en verde tendrán mayores facilidades para el retorno a clases, el uso del transporte y la reapertura de espacios públicos.

Aumento de casos en Egipto por el incumplimiento de las medidas del gobierno

La ministra de salud de Egipto, Hala Zayed, afirmó el 9 de mayo que el gobierno adoptó todas las medidas preventivas para contener la pandemia de la COVID-19 en el país y que el incremento en los contagios obedece a conductas irresponsables.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100,000 hab.)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	1.317.937	79.058	398,62	6,00
España	223.578	26.478	478,23	11,84
Reino Unido	219.183	31.855	323,20	14,53
Italia	219.070	30.560	362,22	13,95
Rusia	209.688	1.915	143,70	0,91
Francia	174.715	26.271	267,78	15,04
Alemania	171.704	7.549	205,06	4,40
Brasil	156.862	10.739	73,90	6,85
Turquía	138.657	3.786	164,75	2,73
Irán	107.603	6.640	128,43	6,17
China	82.902	4.633	5,76	5,59
Canadá	69.777	4.966	185,20	7,12
India	67.161	2.212	4,88	3,29
Perú	65.015	1.814	197,73	2,79
Bélgica	53.081	8.656	458,40	16,31
Países Bajos	42.627	5.440	248,88	12,76
Arabia Saudí	39.048	246	112,51	0,63
México	33.460	3.353	26,01	10,02
Pakistán	30.334	659	13,79	2,17
Suiza	30.305	1.830	350,66	6,04
Ecuador	29.559	2.127	168,05	7,20
Chile	28.866	312	151,26	1,08
Portugal	27.581	1.135	270,34	4,12
Suecia	26.322	3.225	260,95	12,25
Singapur	23.336	20	399,50	0,09
Irlanda	22.996	1.458	466,74	6,34
Belarús	22.973	131	243,10	0,57
Qatar	22.520	14	784,28	0,06
Emiratos Árabes Unidos	18.198	198	184,44	1,09
Israel	16.477	252	190,96	1,53
Japón	16.375	620	12,94	3,79
Polonia	15.996	800	42,26	5,00
Austria	15.871	618	176,42	3,89
Rumania	15.362	961	79,75	6,26
Ucrania	15.232	391	34,79	2,57
Bangladesh	14.657	228	8,92	1,56
Indonesia	14.032	973	5,14	6,93
Corea del Sur	10.874	256	21,21	2,35
Filipinas	10.794	719	9,88	6,66
Colombia	10.495	445	20,67	4,24
Dinamarca	10.429	514	180,18	4,93
República Dominicana	10.347	388	95,57	3,75
Serbia	10.032	215	114,73	2,14
Sudáfrica	9.420	186	15,92	1,97
Egipto	9.400	525	9,22	5,59
Kuwait	8.688	58	204,04	0,67
Panamá	8.282	237	192,55	2,86
República Checa	8.106	279	75,72	3,44
Noruega	8.102	219	149,68	2,70
Australia	6.941	97	27,28	1,40
Malasia	6.656	108	20,62	1,62
Marruecos	6.063	188	16,46	3,10
Finlandia	5.962	267	107,64	4,48
Argentina	5.776	300	12,80	5,19
Argelia	5.723	502	13,10	8,77
Otros 162 países y territorios	127.367	3.792	—	—
Total	4.078.517	281.418	52,42	6,90

Tabla 3. Casos confirmados y muertes por COVID-19, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 10 de mayo de 2020, 14:32 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

Las infecciones por el SARS-CoV-2 llegaron el 9 de mayo a 8.964 y los decesos sumaron 514, pese a las disposiciones restrictivas vigentes como el toque de queda nocturno, la suspensión de los vuelos internacionales, el cierre de colegios, universidades, mezquitas, iglesias, museos, sitios arqueológicos e instalaciones turísticas. Paralelamente fueron puestas en cuarentena localidades de varias gobernaciones a fin de frenar la diseminación del virus.

Tal aumento en el número de infectados pone en tensión al sector sanitario y tiene impacto en la economía, insistió Zayed, tras enfatizar que el ascenso registrado en las últimas semanas obedece a la irresponsabilidad de la ciudadanía y su baja percepción del riesgo.

Hace unos días, Zayed alertó sobre la aglomeración de pobladores en mercados durante los días previos a Ramadán, cuando los musulmanes –mayoría en la nación norafricana– suelen comprar abundantes alimentos y objetos decorativos alusivos a esa celebración. No obstante el Ministerio de Dotaciones, que rige asuntos islámicos, respaldó la estrategia gubernamental con la clausura temporal de sus templos y la prohibición de todo tipo de festividad y reuniones religiosas, una decisión sin precedentes.

El gobierno egipcio planea flexibilizar las restricciones una vez finalizado el Ramadán, a partir del 23 de mayo, con el fin de iniciar una progresiva reapertura de la economía.

Hasta principios de abril, Egipto, de 100 millones de habitantes, mantuvo un ritmo lento de contagios, no así a partir de entonces, pues en un sólo mes los casos positivos crecieron de un millar a más de 8.000.

Noruega reabre escuelas y sale de la cuarentena

El Gobierno noruego presentó un plan para reabrir de forma progresiva la mayor parte de la vida pública en tres fases hasta mediados de junio, aunque manteniendo algunas restricciones por la pandemia de la COVID-19. Noruega, uno de los primeros países que cerró fronteras e instituciones a mediados de marzo, ya había abierto guarderías, escuelas (hasta los 10 años) y algunos pequeños comercios a fines del mes pasado.

La apertura está condicionada a que la epidemia siga “bajo control” y que se mantengan algunas reglas fundamentales como quedarse en casa en caso de presentar síntomas, lavarse las manos y mantener un metro de distancia con otras personas.

A partir de ahora estarán permitidas las concentraciones de hasta 20 personas (antes eran cinco), incluida la actividad deportiva organizada (con algunas restricciones), y, desde el 11 de mayo las escuelas y otros centros de enseñanzas medias se abrirán a todos los cursos, pero no las universidades.

La segunda fase, desde el 1 de junio, incluye la apertura de las terrazas de restaurantes y cafés que no vendan comida, así como los parques de atracciones.

Desde el 15 de junio se permitirán eventos de hasta 200 personas, se abrirán los gimnasios y piscinas y se permitirá el deporte de élite, lo que abre las puertas al inicio de la liga de fútbol.

Noruega mantendrá no obstante de momento las fronteras cerradas a extranjeros sin permiso de residencia y sigue desaconsejando los viajes no imprescindibles fuera del país.

La primera ministra Erna Solberg explicó que las medidas relacionadas con aperturas de fronteras y viajes al exterior deben consensuarse con “otros países” y no se atrevió a fijar un plazo.

Noruega, que tiene algo más de cinco millones de habitantes, registró hasta el 9 de mayo 8.084 casos de COVID-19 y 219 muertos.

Afganistán reportó la semana pasada seis casos de infección por poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1), en las provincias de Kandahar (2 casos), Badakhshan (1), Balkh (1) e Hirat (1), lo que eleva a 11 el número de casos reportados en Afganistán en 2020.

También se reportaron dos casos de infección por poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2) y cuatro muestras ambientales positivas de cVDPV2 en la provincia de Nangarhar.

Además, Pakistán registró dos nuevos casos de WPV1, en Baluchistán y Sindh, lo que eleva a 43 el número de casos en el país en 2020.

Otros países que reportaron en la semana pasada casos de infección por cVDPV2 fueron Pakistán (dos casos, en Khyber Pakhtunkhwa y Punjab), Chad (un caso en la provincia de Tandjile) y Níger (un caso en la provincia de Tillaberi)

En lo que va de 2020, se informaron a nivel mundial 54 casos de WPV1 y 101 casos de infección por poliovirus circulante derivado de la vacuna.

La central provincia angoleña de Lunda Sul, ubicada a unos 800 kilómetros de Luanda, notificó 49 óbitos a causa de la malaria en el primer trimestre de 2020, ocho más que en igual período de 2019, en un universo de 30.000 diagnósticos positivos.


La información fue divulgada el 24 de abril en la ciudad de Saurimo por el director de la oficina provincial de salud, António Viegas de Almeida, quien confirmó, además, la cifra de 24.150 infectados por malaria durante 2019.

El incremento de las lluvias en la zona y la llegada tardía de los pacientes a las unidades de salud son los dos principales factores del comportamiento epidemiológico, juzgó Almeida, quien apreció los esfuerzos institucionales en el ámbito de la prevención y el suministro de medicamentos.

La provincia de Bié, en la región central del país, también observa un alza en el número de habitantes aquejados por enfermedades respiratorias agudas. En una visita de control a Bié, el secretario de Estado para Salud Pública, Franco Cazembe Mufinda, llamó a reforzar no solo la vigilancia sobre la COVID-19, sino también de las infecciones respiratorias.

A juicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Angola realiza un meritorio esfuerzo en el combate contra la malaria, mediante un programa multisectorial que incluye vigilancia epidemiológica, control ambiental y de vectores, manejo de casos, mejora del diagnóstico y tratamiento, comunicación social, coordinación logística, monitoreo y evaluación de los resultados.

No obstante, la dolencia continúa siendo la principal causa de muerte en el país: datos oficiales señalaron que solo en 2018 hubo 5.928.260 enfermos, de los cuales 11.814 perdieron la vida. Registros institucionales también acreditan que la malaria genera alrededor de 35% de la demanda nacional de atención sanitaria, 20% de los ingresos hospitalarios, 40% de las muertes perinatales y 25% de la mortalidad materna.

 <p>National Environment Agency <small>Safeguard · Nurture · Cherish</small></p>	<p style="text-align: right;">SINGAPUR</p> <p style="text-align: center;">ANTE EL AUMENTO DE CASOS DE DENGUE LIBERAN AEDES AEGYPTI INFECTADOS CON <i>WOLBACHIA</i></p> <p style="text-align: right;">06/05/2020</p>
---	---

Los funcionarios de salud de Singapur continúan reportando altos números de casos de dengue este año, con 300 a 400 casos semanales en los primeros cuatro meses del año.

Hasta el 6 de mayo, se han reportado unos 6.800 casos de dengue; de hecho, las autoridades dicen que se prevé que el número de casos en 2020 supere los 16.000 casos de 2019.

Ante esta situación, la Agencia Nacional del Ambiente (NEA) liberará mosquitos *Ae. aegypti* machos infectados con la bacteria *Wolbachia*, después de los exitosos estudios de campo en las ciudades de Yishun y Tampines. Estos mosquitos serán liberados a partir de mayo de 2020, en áreas seleccionadas con alto riesgo de dengue, en un enfoque más específico para probar diferentes estrategias para suprimir las poblaciones urbanas del mosquito vector.

El Proyecto Wolbachia-Singapur ha logrado más de 90% de supresión de la población urbana de *Ae. aegypti* en los sitios de estudio existentes en las ciudades de Yishun y Tampines, y ha mantenido a estas poblaciones en niveles bajos de riesgo de dengue durante más de un año. En mayo de 2020, la Agencia Nacional del Medio Ambiente (NEA) ampliará las liberaciones de estos mosquitos a barrios seleccionados con alto riesgo de dengue en Choa Chu Kang, Keat Hong y Hong Kah North, que presentan grandes poblaciones de *Ae. aegypti*. El objetivo de esta nueva liberación es probar diferentes estrategias, para determinar los enfoques más efectivos y de más alto impacto para el futuro despliegue a mayor escala del Proyecto Wolbachia-Singapur.⁵

⁵ El mosquito *Aedes aegypti* es el principal vector de los virus Dengue, Chikungunya y Zika en Singapur. Cuando se liberan mosquitos *Ae. aegypti* machos infectados con *Wolbachia*, estos se aparean con las hembras urbanas, y los huevos resultantes no eclosionan. Con el tiempo, se espera que la liberación continua de machos infectados reduzcan gradualmente la población de mosquitos urbanos y, por lo tanto, disminuyan el riesgo de transmisión del dengue.

El Proyecto Wolbachia-Singapur se encuentra ahora en su estudio de campo de Fase 4. En áreas con poblaciones urbanas reducidas de *Ae. aegypti*, se necesitan menos machos infectados para mantener la supresión. En cuanto a la cuestión epidemiológica, un análisis preliminar de la Agencia Nacional del Ambiente (NEA) de los datos de 2019 mostró que había entre 65 y 80% menos casos de dengue en los sitios de estudio de Yishun y Tampines donde se habían realizado liberaciones, en comparación con sitios sin liberaciones.

Cerca de un millón de personas desplazadas y refugiadas vulnerables en Yemen corren el riesgo de perder sus refugios, la asistencia económica básica para comprar productos esenciales como alimentos y medicamentos, y mucho más, advirtió el 28 de abril la Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Estas personas ya hacen frente a una pobreza y dificultades extremas, y se necesita financiación urgente en las próximas semanas para lograr mantener en marcha los programas de asistencia humanitaria que permiten salvar vidas.



Un menor camina entre los charcos de agua estancada fruto de las inundaciones en un asentamiento para personas desplazadas internas en Adan, Yemen.

Yemen ya es considerada la mayor crisis humanitaria del mundo, pero el país ahora también se enfrenta a nuevas amenazas que se solapan: la pandemia de COVID-19 y el impacto de las recientes lluvias torrenciales e inundaciones en lugares como Adan, Abyan, Lahj, Marib, y las gobernaciones de Sana'a y Amanat Al-Asemah. Según los primeros informes, más de 100.000 personas en todo Yemen se habrían visto afectadas. Las inundaciones repentinas y las lluvias han causado graves daños en los espacios que acogen a desplazados internos y en las infraestructuras públicas.

Se estima que más de 3,6 millones de personas se han visto obligadas a huir de sus hogares en Yemen desde el comienzo del último conflicto en 2015. Tan solo Siria, Colombia y la República Democrática del Congo tienen un mayor volumen de desplazamiento interno por conflictos. El informe anual sobre desplazamiento interno global publicado el 27 de abril por el Observatorio del Desplazamiento Interno (IDMC) estima que solo en 2019 el conflicto y la violencia desplazaron a cerca de 400.000 personas.⁶

La ACNUR necesita urgentemente 89,4 millones de dólares para garantizar la protección y la asistencia vital para las familias desplazadas internas, refugiados y solicitantes de asilo, así como para las comunidades de acogida.

En un momento en que el conflicto en Yemen entra ya en su sexto año y que la mayor parte del país tiene importantes dificultades para poder sobrevivir, estos fondos permitirán a la ACNUR mantener la ayuda humanitaria para las familias desplazadas internas, refugiados y solicitantes de asilo, así como para la población yemení más desfavorecida que les acoge. Esta ayuda es ahora especialmente urgente, ya que estos grupos son los más vulnerables ante la

La bacteria *Wolbachia* infecta naturalmente a más de 60% de las especies de insectos, incluidas mariposas, moscas de la fruta, libélulas y varias especies de mosquitos. Como los mosquitos machos no pican, la liberación de machos infectados con *Wolbachia* no presenta ningún riesgo adicional de picadura o transmisión de enfermedades. Por el contrario, el riesgo de transmisión del dengue podría disminuir si el estudio reduce con éxito las poblaciones urbanas de mosquitos *Ae. aegypti* en la comunidad.

⁶ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

amenaza de la COVID-19, que puede tener graves consecuencias si las agencias humanitarias no pueden brindar el apoyo adecuado.

Si no se reciben los fondos requeridos, la ACNUR podría verse forzada a realizar reducciones drásticas o incluso suprimir varios programas y asistencia críticos, como el apoyo directo en efectivo. Esta situación afectaría a 655.000 desplazados internos y a la población de refugiados y solicitantes de asilo en Yemen, que comprende a unos 281.000 hombres, mujeres y niños en extrema necesidad. Estas personas carecerían de medios para obtener alimentos para sus familias o medicamentos para sus hijos enfermos, ni podrían encontrar cobijo o resguardarse de la lluvia y del frío, forzando a algunos de ellos a tener que vivir a la intemperie durante esta temporada de lluvias. Para muchos refugiados y familias desplazadas, se trata de una cuestión de vida o muerte.

La ACNUR también está ofreciendo apoyo a las personas desplazadas internas para la obtención de los documentos de identidad válidos necesarios para matricular a los niños y niñas en las escuelas y para la admisión de pacientes en los hospitales.

A la ACNUR también le preocupa seriamente que las comunidades desplazadas y aquellos que los acogen corran ahora un mayor riesgo, teniendo en cuenta las terribles condiciones de vida y la situación sanitaria, así como la degradación general de las infraestructuras de salud locales, dado que el 10 de abril se identificó el primer caso confirmado de COVID-19 en la provincia meridional de Hadramaut. Junto con sus socios locales, la ACNUR está involucrando a las comunidades de desplazados internos y refugiados para que sean conscientes de los riesgos y de las medidas de prevención puestas en marcha para protegerse de la COVID-19.

Tras cinco años de conflicto, más de 80% de la población total de Yemen requiere algún tipo de asistencia. Cerca de 4 millones de desplazados internos, repatriados, refugiados y solicitantes de asilo dependen en estos momentos de la ayuda humanitaria de forma regular para sobrevivir.

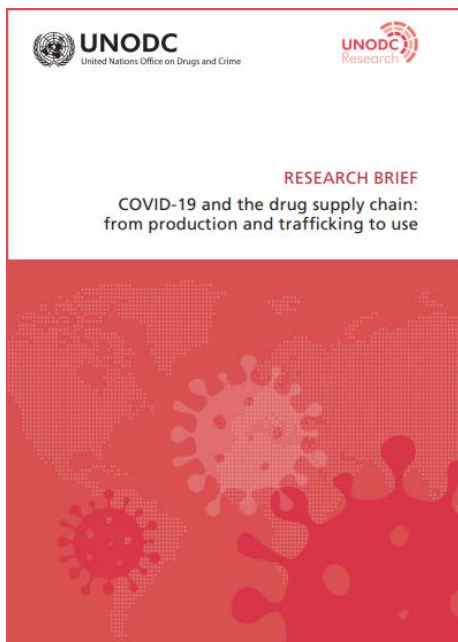
Hasta la fecha, la ACNUR ha recibido 58,4 millones de dólares, es decir, 28% de los fondos necesarios durante 2020 para proteger y proporcionar ayuda vital tanto a los desplazados internos y refugiados, como a las comunidades de acogida.



LA COVID-19 ESTÁ ALTERANDO LOS FLUJOS DE LAS
DROGAS ILÍCITAS

07/05/2020

Las medidas implementadas por los gobiernos para frenar la pandemia de COVID-19 han provocado la interrupción de las rutas de tráfico de drogas por aire, junto con una reducción drástica o una mayor prohibición de las rutas de tráfico por tierra. Algunas cadenas de suministro de drogas han sido interrumpidas y los traficantes están buscando rutas alternativas, incluidas las rutas marítimas, dependiendo de los tipos de drogas que se contrabandean. Estos son algunos de los hallazgos de un informe sobre las tendencias del



mercado de drogas durante la pandemia de COVID-19, presentado el 7 de mayo por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD).

Las drogas sintéticas, como la metanfetamina, tienden a ser traficadas a través de los continentes por vía aérea más que otros tipos de drogas. Por lo tanto, es probable que las restricciones a los viajes aéreos tengan un efecto particularmente drástico en esta carga ilegal. La mayor parte de la cocaína es traficada por mar y se han continuado detectando grandes cargas en los puertos europeos durante la pandemia.

Hasta ahora, la heroína ha sido traficada principalmente por tierra. Pero debido a la pandemia, las rutas marítimas parecen cada vez más utilizadas para traficar heroína, como lo demuestran las incautaciones de opiáceos en el Océano Índico.

Sin embargo, el tráfico de cannabis puede no verse afectado de la misma manera que el de la heroína o la cocaína, dado que su producción a menudo tiene lugar cerca de los mercados de consumo y, por lo tanto, los traficantes dependen menos de los envíos largos y transregionales de grandes cantidades de la droga.

Tendencias en el consumo de drogas

Varios países han reportado escasez de drogas a nivel minorista. Esto puede conducir a una disminución general del consumo, pero principalmente de las drogas que se consumen principalmente en entornos recreativos.

Sin embargo, en el caso de la heroína, una escasez en su suministro puede conducir al consumo de sustancias nocivas producidas en el país: se ha reportado escasez de heroína en países de Europa, el Sudoeste Asiático y América del Norte, y algunos países europeos han advertido que los consumidores de heroína incluso puede cambiar a fentanilo y sus derivados.

También se ha informado de un aumento en el uso de productos farmacéuticos como las benzodiazepinas, que ya duplican su precio en ciertas áreas. Otro patrón dañino resultante de la escasez de drogas es el aumento en el uso de drogas inyectables y el uso compartido de equipos de inyección. Todo esto conlleva el riesgo de propagar enfermedades como el VIH/sida, la hepatitis C y el propio COVID-19. El riesgo de sobredosis de drogas también puede aumentar entre quienes se inyectan drogas y quienes están infectados con COVID-19.

Tendencias en la producción de drogas

Las restricciones resultantes del bloqueo podrían obstaculizar la producción de opiáceos, ya que los meses clave de cosecha en Afganistán son de marzo a junio. Debido a la COVID-19, la fuerza laboral podría no poder o no estar dispuesta a viajar a áreas donde se cultiva la amapola en el país, lo que podría afectar la cosecha de este año.

La producción de cocaína también parece estar impedida en Colombia, ya que los productores sufren de escasez de gasolina. Mientras que en Bolivia, la COVID-19 está limitando la capacidad de las autoridades estatales para controlar el cultivo de la coca, lo que podría conducir a un aumento en su producción. En Perú, sin embargo, una caída en el precio

de la cocaína sugiere una reducción en las oportunidades de tráfico. Esto puede desalentar el cultivo de coca a corto plazo, aunque la crisis económica que se avecina puede llevar a más agricultores a dedicarse a su cultivo en todos los principales países productores de cocaína.

Una disminución en el comercio internacional en la pandemia actual también podría conducir a la escasez en el suministro de precursores, vitales para la fabricación de heroína y para las drogas sintéticas. Un suministro limitado en México, por ejemplo, parece haber interrumpido la fabricación de metanfetamina y fentanilo, mientras que en El Líbano y Siria está afectando la producción de Captagon⁷. La República Checa, por otro lado, espera una escasez de metanfetamina por las mismas razones.

A largo plazo, la recesión económica causada por la pandemia de COVID-19 tiene el potencial de conducir a una transformación duradera y profunda de los mercados de drogas, que puede entenderse completamente solo después de que se realice más investigación. Las dificultades económicas causadas por la COVID-19 pueden afectar a las personas que ya están en una posición socioeconómica de desventaja más que a otras.⁸



LA ACTUAL PANDEMIA DE COVID-19 PUEDE DUPLICAR LA LETALIDAD DE LA TUBERCULOSIS

09/05/2020

Las medidas de confinamiento impuestas para combatir la propagación de la COVID-19 pueden aumentar las muertes por tuberculosis en 1,4 millones durante los próximos cinco años y los contagios en hasta 6,3 millones más de lo esperado antes de la pandemia.

Si bien la comunidad científica y médica ya se han planteado el freno que la COVID-19 va a suponer en la lucha contra algunas

enfermedades como la malaria, el VIH o la tuberculosis, este análisis aporta por primera vez cifras concretas sobre lo que puede ocurrir en los próximos cinco años con el avance de esta última, que solo en 2018 mató a 1,5 millones de personas en el mundo y contagió a 10 millones, según la Organización Mundial de la Salud. La erradicación de la tuberculosis para



Un paciente que padece tuberculosis descansa en el Hospital de Tuberculosis del Gobierno, en Allahabad, India.

⁷ La fenetilina es una unión química de anfetamina y cafeína que se comporta como un profármaco para las dos drogas antes mencionadas. Se comercializa para su uso como psicoestimulante bajo las marcas Captagon, Biocapton y Fitton.

El abuso de fenetilina de la marca Captagon es muy común en los países árabes, y diversas versiones falsificadas de la droga siguen estando disponibles a pesar de su ilegalidad. Muchas de las tabletas de Captagon falsificadas en realidad contienen otros derivados de anfetaminas que son más fáciles de producir, pero se moldean y estampan para parecerse a las píldoras de Captagon. Sin embargo, algunas de las píldoras de Captagon falsificadas, que se han analizado, contienen verdadera fenetilina, lo que indica que la producción ilícita de esta droga sigue teniendo lugar. La fenetilina es una droga muy popular, presuntamente utilizada por grupos terroristas en Siria. Se fabrica a nivel local en un proceso barato y sencillo. Según algunas filtraciones, algunos de los grupos militares también se dedicarían a exportar la droga a cambio de armas y dinero en efectivo.

⁸ Puede consultar el documento completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

antes de 2030 es uno de los propósitos recogidos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible aprobados por la Organización de Naciones Unidas.

Para medir el potencial impacto de la COVID-19 en la lucha contra la enfermedad, los investigadores plantearon dos interrogantes. El primero, cuánto pueden afectar las medidas restrictivas a corto plazo en la incidencia y mortalidad por tuberculosis en los próximos cinco años en aquellos países con mayor carga viral. El segundo, cómo y cuánto tiempo se tardará en restaurar los mecanismos de lucha contra la enfermedad una vez hayan finalizado las mencionadas medidas de contención de la COVID-19.

Sobre las restricciones, se ha observado que han ayudado a aplanar la curva en los países que las han impuesto, pero al mismo tiempo son contraproducentes en la batalla contra otros males. En el caso de la tuberculosis, el confinamiento significa hacinamiento para los mil millones de personas que residen en asentamientos informales en el mundo, con malas condiciones de salubridad e higiene. Este es el caldo de cultivo perfecto para la transmisión de la enfermedad, que se produce cuando un contagiado expulsa bacilos tuberculosos al aire al toser o estornudar. Basta con que una persona inhale unos pocos para quedar infectada.

La otra razón es que los cierres de fronteras y las restricciones de movimiento pueden impedir “potencialmente” el envío de suministros médicos. En el caso de la tuberculosis, la adherencia al tratamiento es clave para la recuperación del paciente. Y, de hecho, interrumpir los ciclos de medicación puede conllevar que la enfermedad rebrote en su versión más resistente, lo que implica una curación más larga, costosa, dolorosa y con más efectos secundarios.

Para obtener los resultados, se han simulado varios escenarios, tomando los datos obtenidos en tres países donde se han impuesto medidas de confinamiento contra la COVID-19: India, Kenya y Ucrania en escenarios mejores y peores, es decir: qué ocurriría con distintos periodos de confinamiento primero y de recuperación después. Esto último se refiere al tiempo en que un país tardaría en restaurar los servicios habituales de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. El mejor escenario fue el de dos meses de confinamiento y otros dos meses de recuperación de servicios. El peor: tres meses de confinamiento y 10 meses de recuperación de los servicios.

Los resultados obtenidos se extrapolaron para crear estimaciones globales. Con el modelo de India se realizaron proyecciones para países con alta carga de tuberculosis en los que existe la implicación del sector privado en su erradicación; el modelo de Kenya se tomó como ejemplo de países donde el VIH es un impulsor de la tuberculosis; y el modelo de Ucrania dio una idea de las proyecciones en países con una alta proporción de la enfermedad en su versión resistente a los medicamentos. No obstante, los resultados son muy conservadores, porque no han tenido en cuenta las interacciones entre la tuberculosis y la COVID-19, aunque los primeros análisis en este campo apuntan a que la tuberculosis puede agravar los síntomas de los enfermos de COVID-19.

Los resultados señalan un retroceso de entre cinco y ocho años en la lucha contra la enfermedad después de años de avances, pues se obtienen cifras de contagio y mortalidad similares a las de 2015. El aumento de muertes de 1,4 millones y de contagios en 6,3 millones corresponden al peor escenario, aquel en el que el confinamiento dura tres meses y el periodo de restauración de servicios dura diez.

Cualquier aumento de enfermos por tuberculosis que acumule un país durante este periodo de crisis puede dificultar el control de la infección durante, al menos, los próximos cinco

años. La restauración rápida de los servicios es crítica para minimizar estos impactos adversos.

La razón es que, durante un período de confinamiento, las dificultades para diagnosticar e iniciar tratamiento van a dar lugar a un grupo cada vez mayor de enfermos no detectados, y eso contribuirá a una expansión mayor en los años venideros. Por eso también hacen falta medidas complementarias, con un enfoque en la reducción del grupo prevalente de tuberculosis. Dichas medidas deben combinar la participación comunitaria intensiva, los trabajos de concienciación de la importancia de mantener los servicios de diagnóstico y tratamiento y la búsqueda activa de casos, incluyendo la ampliación rápida del rastreo de contactos para compensar los diagnósticos perdidos durante el período de cierre.⁹

Punto de vista

TheScientist
EXPLORING LIFE, INSPIRING INNOVATION

EL ACCESO ÉTICO A LAS TERAPIAS
EXPERIMENTALES PARA COVID-19
AUTORES: JOHN D. LOIKE Y JENNIFER E. MILLER¹⁰

09/05/2020

Normalmente, tarda unos de ocho años todo el proceso que debe seguir un fármaco a través de ensayos clínicos para finalmente ser aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos. En la pandemia actual, los pacientes no tienen este tiempo para esperar las terapias para la COVID-19. ¿Cómo se puede acelerar de manera responsable la innovación, el acceso a los medicamentos experimentales y las aprobaciones de la FDA durante esta emergencia de salud pública?



No faltan las llamadas para actuar más rápidamente en respuesta a esta pandemia. Mike Ryan, el director ejecutivo del programa de emergencias sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), por ejemplo, instó a todos en una conferencia de prensa esta semana: “Sean rápidos. No tengan remordimientos... El virus terminará alcanzándolos si no se mueven rápidamente... Si necesitan estar seguros antes de hacer sus movimientos, nunca

⁹ Puede consultar el informe completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

¹⁰ John D. Loike es profesor de biología en Touro College and University Systems. Jennifer E. Miller es profesora asistente en la Escuela de Medicina de Yale y es la fundadora de Bioethics International y Good Pharma Scorecard.

ganarán... Todos tienen miedo a las consecuencias del error. Pero el mayor error es no hacer nada. El mayor error es sentirse paralizado por el miedo al fracaso”.

Dejando a un lado la ética de actuar sin la debida precaución o sin datos, vale la pena señalar que Estados Unidos ha estado acelerando el proceso de aprobación de medicamentos y aprobando drogas con menos evidencia durante años. Las revisiones de medicamentos de la FDA ahora toman menos de un año, y solo 53% de los medicamentos son aprobados con base en al menos dos ensayos claves, en contraste con el 81% en el pasado. Tampoco es raro ver un medicamento aprobado en gran parte en función de los datos de la Fase 2, sin un ensayo de Fase 3 completo, particularmente en oncología.

Aun así, esta aceleración no es suficiente en esta pandemia. La realización de ensayos clínicos suele ser la mejor manera de avanzar en el desarrollo de medicamentos y poner a disposición de los pacientes medicamentos experimentales, pero sus cronogramas y los estrictos criterios de inclusión dejan a muchos pacientes sin acceso a medicamentos durante muchos años.

La siguiente mejor opción puede ser ampliar los programas de acceso, diseñados para proporcionar medicamentos experimentales a pacientes con afecciones graves que no pueden inscribirse en un ensayo. Permiten la seguridad de los medicamentos y la recopilación de datos de eficacia, con el objetivo de apoyar tanto el desarrollo como el acceso a los medicamentos. En última instancia, el fabricante de cada medicamento debe aceptar proporcionar acceso a los medicamentos y tener un suministro suficiente para satisfacer las solicitudes. La pregunta es: ¿cuál es la probabilidad de que los programas de acceso ampliado puedan funcionar frente a esta pandemia?

Un ejemplo es el remdesivir de Gilead, un prometedor medicamento para la COVID-19, según la OMS. Además de los niños gravemente enfermos, las mujeres embarazadas y los trabajadores del Departamento de Defensa, los pacientes que buscan acceder al remdesivir para tratar la COVID-19 deben inscribirse en un ensayo clínico o en el programa de acceso ampliado de Gilead. Este programa es para pacientes con COVID-19 que están hospitalizados y requieren ventilación mecánica. Por lo general, los médicos también pueden solicitar un acceso ampliado a medicamentos experimentales para pacientes individuales fuera de los programas grupales. Sin embargo, Gilead suspendió las solicitudes individuales a fines de marzo.

La ética de suspender las solicitudes de acceso ampliado individuales es un desafío. En el lado positivo, los programas grupales ahorran tiempo. Las solicitudes individuales requieren revisiones que requieren mucho tiempo de diversas partes, una perspectiva agotadora cuando miles de solicitudes inundan un sistema en un corto período de tiempo durante una pandemia. Sin embargo, existe la posibilidad de que los médicos intuben a los pacientes con COVID-19 antes de lo normal para que califiquen para el programa de acceso ampliado. Existe evidencia anecdótica de que esto sucede. En estos casos, es probable que los médicos determinen que los riesgos de la intubación temprana se compensan con los beneficios potenciales de obtener acceso a remdesivir, a pesar de la falta de los datos finales de ensayos clínicos. Entonces, el acceso puede convertirse en una función de qué tan dispuesto está un médico a trabajar con un sistema de acceso expandido para su paciente, produciendo un sistema inherentemente desigual.

En eventos masivos de cuidados críticos, como la pandemia actual, la bioética generalmente da paso a la ética de la salud pública. Mientras que la bioética se enfoca tradicionalmente en la salud y los intereses de los pacientes individuales y la interacción privada médico-paciente,

la ética de la salud pública se enfoca en grupos y decisiones de las autoridades responsables de un gran número de personas. La bioética tiende a guiarse por principios como el respeto a la autonomía del individuo, mientras que la ética de la salud pública se basa en la justicia social y la distribución justa de los recursos sociales.

Este cambio en la orientación ética se considera crítico para salvar la mayor cantidad posible de vidas. En el triaje pandémico, por ejemplo, generalmente se prioriza a los más necesitados y más propensos a beneficiarse. Además, se analiza quién se beneficiará más rápido, con menos recursos. Si se pueden salvar dos personas en el tiempo que llevaría salvar una, la opción es clara. Estas no son buenas noticias para el paciente único.

Hoy, los médicos que están en la primera línea de esta pandemia enfrentan problemas desafiantes. ¿Deberían permanecer centrados en el paciente, trabajando en función de los sistemas para que sus pacientes con COVID-19 tengan acceso a medicamentos y otras intervenciones experimentales? Si es así, no están pensando necesariamente en otros pacientes o en el panorama general, sino que están pensando en la salud del paciente que tienen justo frente a ellos. En este escenario, un médico sigue siendo un defensor del paciente, mientras que una empresa, como Gilead, se centra en los resultados en la salud de la población. Esto puede no maximizar las vidas salvadas y exacerbar las desigualdades. Y bien podría influir en las decisiones de los médicos, como intubar antes para dar a sus pacientes acceso a un tratamiento experimental. Pero también puede proteger a los médicos del sentimiento de haber abandonado a sus pacientes. Estas son decisiones difíciles. Los comités de ética de los hospitales y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos deben proporcionar pautas –lo ideal sería con la participación de todas las partes interesadas, incluidos los pacientes– para ayudar a tomar estas decisiones éticas.

La FDA está trabajando en estrecha colaboración con los innovadores para acelerar sus esfuerzos, aprovechando la información científica sobre el virus y sobre los ensayos clínicos en curso en todo el mundo. Confiamos en que estos esfuerzos tendrán un efecto positivo importante en esta pandemia.¹¹

¹¹ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Arte relacionado con la salud



Banksy (2020).

El artista callejero Banksy presentó una nueva obra de arte en honor a los trabajadores de la salud, la cual donó al Hospital Universitario de Southampton (UHS) en el Reino Unido.

La obra de arte, que Banksy tituló *Game Changer*, presenta a un niño jugando con una muñeca enfermera con una máscara facial y una capa. Se pueden ver figuras de los superhéroes Batman y Spiderman en una papelería en el suelo.

El hospital, con la aprobación de Banksy, tituló la pieza *Painting for Saints* (Pintura para los Santos), según una portavoz de UHS. El nombre es una referencia al equipo de fútbol de la Premier League de la ciudad, conocido cariñosamente como *The Saints*.

El artista incluyó una nota para el hospital que decía: "Gracias por todo lo que están haciendo. Espero que esto ilumine un poco el lugar, incluso si es solo en blanco y negro".

La directora ejecutiva de UHS, Paula Head, mostró el nuevo trabajo en un tuit. Ahora está enmarcado y se exhibe temporalmente en el hospital.

"Estoy muy orgullosa de revelar esta increíble obra de arte *Painting for Saints*, creada por #Banksy como agradecimiento a todos aquellos que trabajan con y para el NHS (Servicio Nacional de Salud) y nuestro hospital", escribió Head. "Un telón de fondo inspirador para hacer una pausa y reflexionar en estos tiempos sin precedentes".

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.