



Reporte Epidemiológico de Córdoba

10 DE JULIO
2020
REC 2.339

CÓRDOBA

- Hay cuatro brotes simultáneos de COVID-19 en la provincia

ARGENTINA

- El país logró controlar el brote y está nuevamente libre del sarampión
- Vigilancia de brucelosis
- Los casos de COVID-19 ascienden a 90.693 y las víctimas fatales suman 1.720

AMÉRICA

- América Latina: Las infecciones oportunistas continúan siendo frecuentes en personas con el VIH
- Brasil: Reportan una infección por una variante del virus de la influenza A(H1N2)
- Brasil: Negros, mestizos y mulatos, los que más mueren por COVID-19
- Estados Unidos: El distanciamiento físico puede retrasar la propagación de la COVID-19

EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo
- Arabia Saudí: Nuevos casos de infección por el MERS-CoV
- China: Declaran la alerta preventiva por peste bubónica en la Región de Mongolia Interior
- Maldivas/Sri Lanka: La OMS declaró la eliminación del sarampión y la rubéola en ambos países
- La variante G614 del SARS-CoV-2 reemplazó a la D614 como la forma pandémica dominante
- Ciencias del comportamiento para incentivar el uso del barbijo

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



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana
de Medicina del Viajero



Comité Nacional
de Infectología
SAP



Rev. Panam. de
Enf. Infecciosas



**Vacunas
SADI 2019**

GEMICOMED
seimc.org



En la provincia de Córdoba se están registrando en este momento cuatro brotes de COVID-19, en simultáneo. En ese marco, el Comité de Operaciones de Emergencias (COE) descartó por el momento nuevas flexibilizaciones y advirtió que muchas personas se han relajado en el cumplimiento de las medidas preventivas.

Según el Ministerio de Salud provincial, los cuatro brotes en curso suman 201 afectados, sin contar los casos agregados el 8 de julio. El foco más grande tiene por epicentro a Villa Dolores y a otras localidades del sur de Traslasierra. En esa zona se confirmaron 136 diagnósticos positivos y se realizaron más de 10.000 test. La información fue confirmada por Gabriela Barbás, secretaria de Prevención y Promoción de la Salud.

El segundo foco surgió en Malvinas Argentinas y derivó luego en el barrio capitalino Ciudad de Mi Esperanza. El primer diagnóstico se confirmó el 27 de junio: fue un hombre de 73 años que falleció en una clínica privada de Córdoba. Hasta el momento suman 45 los positivos relacionados con ese brote, que también se extendió hasta Colonia Tirolesa, cuando se confirmó un caso relacionado con otro de Ciudad de Mi Esperanza, al este de la ciudad de Córdoba.

La Falda es el tercer lugar donde se intensificaron los controles, a raíz de los 16 casos confirmados hasta el 8 de julio.

Finalmente, en la ciudad de Córdoba, el COE focaliza sus operativos en los barrios Lamadrid y Alto Alberdi, con otros 10 diagnósticos positivos detectados hasta el 8 de julio.

“Seguimos en fase de transmisión comunitaria, aunque el porcentaje de casos donde no se identifica el nexo epidemiológico continúa siendo bajo. También se mantiene en Córdoba la etapa de distanciamiento físico. Estamos evaluando nuevas aperturas, pero en función de la situación epidemiológica actual”, informó Barbás.

Los dos últimos reportes para Córdoba detectaron un aumento récord de casos: 42 el 6 de julio y 33 el día 7. Consultada sobre las causas de ese incremento, la funcionaria contestó: “Inciden múltiples factores. Córdoba ya estaba esperando un aumento, en función de una realidad nacional de la que no estamos exentos. La estacionalidad tampoco ayuda”.

Aunque no está claro cómo impactan las bajas temperaturas en esta pandemia, se sabe que el frío aumenta la circulación de otros virus respiratorios, en parte porque la gente permanece más tiempo en lugares cerrados.

Más relajados

Las autoridades sanitarias advirtieron que la población subestima los síntomas y que se relajaron las medidas de prevención. Los últimos brotes se reportaron a partir de reuniones sociales con más personas que las permitidas, o con reuniones no familiares. “Mucha gente piensa que el COVID-19 se manifiesta sólo con neumonía o con cuadros graves. Pero, en realidad, cualquier estado gripal tiene que ser motivo de consulta. Ya sea decaimiento, dolor de cuerpo o garganta”, resaltó Barbás.

La funcionaria informó que continuará en Córdoba la estrategia de control de foco, en la que se conforma un cordón sanitario para restringir la circulación y se amplía el criterio de diagnóstico para abarcar a asintomáticos.

“Por ahora, contamos con capacidad operativa. Por supuesto que los recursos no son infinitos, pero no estamos en un cuello de botella ni nos encontramos al límite de la capacidad”, informó Barbás, quien destacó el trabajo de otras áreas de la Provincia, de los municipios y del Ejército.

No se habilitarán nuevas actividades por ahora, aunque el comité de expertos sigue analizando los números de Córdoba. La semana pasada, los asesores recomendaron la reapertura progresiva de algunos rubros, bajo protocolo. Y aconsejaron mejorar la comunicación, para que la sociedad reciba mensajes más claros.

La nueva normalidad, sin fecha fija de inicio

Mirta Roses Periago, representante de América Latina para COVID-19 en la Organización Mundial de la Salud, advirtió que existe “un alto grado de incertidumbre para ponerle fecha a la pospandemia”. En una charla por el 110º aniversario del Círculo Médico de Córdoba, advirtió que todavía persisten varios interrogantes: la carga viral infectante, el rol de los asintomáticos, la respuesta diferenciada por edad y sexo, y la duración de la inmunidad. Por lo tanto, los avances en vacunas y en tratamientos curativos deben ponerse a prueba de evidencia.

Según modelos matemáticos, las medidas de salud pública más efectivas son cuatro: el cierre de las escuelas y actividades grupales en sitios cerrados, el distanciamiento físico y el uso de barbijos, el blindaje de los mayores de 65 años y la búsqueda activa de contactos y seguimiento de sintomáticos.

Las últimas cifras

El Ministerio de Salud de la Provincia informa que el 8 de julio se confirmaron 21 nuevos casos de COVID-19, de los cuales 16 tienen domicilio en la ciudad de Córdoba (Capital), dos en La Falda (Punilla), dos en Villa Giardino (Punilla) y uno en Leones (Marcos Juárez). Del total de casos, el de Leones y dos de la ciudad de Córdoba se encuentran en investigación, mientras el resto corresponde a contactos estrechos de casos confirmados anteriormente.

El caso de Leones es el de un enfermero que vive en esa ciudad, pero trabaja en el Hospital Regional ‘Dr. Abel Ayerza’, de Marcos Juárez. Ambas ciudades no tenían ningún positivo hasta ahora. El 8 de julio se empezaron a realizar testeos al personal del hospital y a los contactos del contagiado.

El 8 de julio no se notificaron fallecimientos por COVID-19 en la provincia de Córdoba.

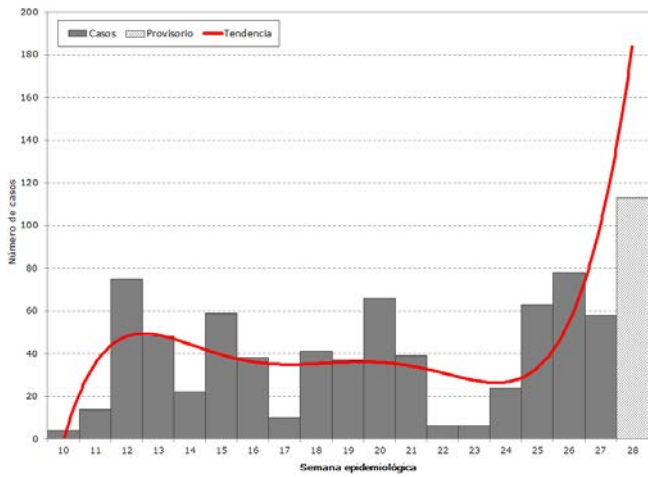


Gráfico 1. Casos confirmados y tendencia. Provincia de Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 28. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha, se realizaron 81.646 testeos mediante reacción en cadena de la polimerasa en la provincia de Córdoba. Esto resulta en una tasa de 21.711 testeos cada millón de habitantes.

Desde el comienzo de la pandemia, en la provincia de Córdoba se notificaron 24.918 casos, de los cuales 22.998 se descartaron y 801 se confirmaron.

De los 801 casos confirmados, 301 (37,58%) se encuentran con tratamiento ambulatorio bajo aislamiento domiciliario; 77 (9,61%) con

tratamiento ambulatorio en instituciones intermedias; 34 (4,24%) con tratamiento hospitalario (internados), 38 (4,74%) fallecieron y 8 (0,99%) se encuentran en investigación, porque corresponden a casos con residencia en otras provincias y en Brasil, de quienes no se cuenta información sobre su estado clínico.

En relación con las personas recuperadas, si no se consideran los casos confirmados en los últimos 15 días, la proporción de altas es de 71%.

Argentina



EL PAÍS LOGRÓ CONTROLAR EL BROTE Y
ESTÁ NUEVAMENTE LIBRE DEL SARAMPIÓN

07/07/2020

El ministro de Salud de Argentina, Ginés Mario González García, anunció que, tras pasar más de doce semanas sin casos de sarampión, se da por concluido el brote de esta enfermedad que había comenzado a fines de agosto del año pasado. De esta manera, Argentina logró mantener la condición de país libre de sarampión.

Si bien gracias a la vacunación sostenida, Argentina había eliminado el virus del sarampión y no presentaba casos autóctonos desde el año 2000, a fines de agosto de 2019 se inició en el país el brote más extenso de esta enfermedad desde que se logró la eliminación de la circulación endémica, con 179 casos confirmados (118 en 2019, tres importados y 115 de origen desconocido, y 61 en 2020, 13 importados y 48 de origen desconocido) y una defunción.

La estrategia de intensificación de la vacunación, la sensibilización de la vigilancia epidemiológica y las capacitaciones desarrolladas durante el brote permitieron que durante más de tres meses no haya casos confirmados de sarampión.

“Tenemos que estar muy contentos por interrumpir el brote y mantener el estatus que íbamos a perder”, expresó el ministro y agregó que ahora queda cumplir con otros objetivos, como aumentar las coberturas de vacunación en el contexto actual de la pandemia de COVID-19.

Además, el ministro agradeció a todos los equipos de salud y a las sociedades científicas que trabajaron para interrumpir la transmisión.

Por su parte, la secretaria de Acceso a la Salud, Carla Vizzotti, destacó la decisión política para generar las acciones necesarias en todo el país y el trabajo con las jurisdicciones, las sociedades científicas, los jefes de los programas de inmunización, la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, como así también el esfuerzo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de la provincia de Buenos Aires, que fueron los epicentros del brote.

La estrategia consistió en fortalecer la vacunación, para lo que se adquirieron 7.790.000 dosis adicionales; mejorar la vigilancia epidemiológica y la respuesta rápida ante los casos llevada a cabo por equipos capacitados.

Según el documento de la Comisión Nacional para la Certificación de la Eliminación del Sarampión, la Rubéola y el Síndrome de Rubéola Congénita, “el último caso confirmado presentó el exantema el 19 de marzo de 2020, y a la fecha transcurrieron más de 12 semanas sin casos confirmados (más de tres períodos de incubación máximos) en el contexto de una tasa de notificación de 4,15 casos cada 100.000 habitantes, por lo que consideramos que el brote se podría dar por concluido”.

La nota oficial de la mencionada comisión también recomienda suspender las estrategias de vacunación con doble o triple viral en niños de 6 a 11 meses y recupero de dosis de la Campaña 2018 en niños de 13 meses a 4 años que no la hubieran recibido, como así también la de residentes argentinos que viajen al Área Metropolitana de Buenos Aires, aunque sostiene que debe mantenerse la estrategia de completar esquemas.

De todos modos, debido a que se observa una reducción en las coberturas vacunales debido al contexto de la pandemia de COVID-19, recomienda a las jurisdicciones “realizar un análisis de acúmulo de susceptibles tanto para la primera como para la segunda dosis de triple viral”.

En ese sentido, el Ministerio de Salud de la Nación se propone continuar con las acciones para aumentar las coberturas; sostener la vacunación y el sistema de vigilancia sensible durante la pandemia; mejorar los procesos como la calidad del registro y la georreferenciación; y monitorear la situación regional.

| Provincia/Región | 2019 | | 2020 | |
|---------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | Notificados | Confirmados | Notificados | Confirmados |
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 1 | 1 | 10 | 2 |
| Buenos Aires | 47 | 11 | 67 | 8 |
| Córdoba | 8 | 4 | 6 | 5 |
| Entre Ríos | 7 | 1 | 22 | — |
| Santa Fe | 8 | 1 | 3 | 1 |
| Centro | 71 | 18 | 108 | 16 |
| Mendoza | 12 | 1 | 3 | 1 |
| San Juan | 9 | — | 3 | 1 |
| San Luis | 1 | — | 1 | 1 |
| Cuyo | 22 | 1 | 7 | 3 |
| Chaco | 5 | 1 | 2 | 1 |
| Corrientes | — | — | 1 | — |
| Formosa | — | — | — | — |
| Misiones | — | — | 5 | — |
| Noreste Argentino | 5 | 1 | 8 | 1 |
| Catamarca | 6 | — | — | — |
| Jujuy | — | — | — | — |
| La Rioja | — | — | 17 | 5 |
| Salta | 14 | 2 | 4 | — |
| Santiago del Estero | 1 | 1 | 2 | 2 |
| Tucumán | — | — | — | — |
| Noroeste Argentino | 21 | 3 | 23 | 7 |
| Chubut | 1 | — | 1 | — |
| La Pampa | 4 | 3 | 4 | — |
| Neuquén | 1 | 1 | 1 | — |
| Río Negro | — | — | — | — |
| Santa Cruz | 1 | — | — | — |
| Tierra del Fuego | — | — | — | — |
| Sur | 7 | 4 | 6 | — |
| Total Argentina | 126 | 27 | 152 | 27 |

Tabla 1. Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2019/2020, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.¹

¹ Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

El Ministerio de Salud de Argentina informó el 9 de julio 3.663 nuevos casos de COVID-19 y 26 nuevas muertes por la enfermedad. Con estas cifras, el total de infectados en todo el país asciende a 90.693 y las víctimas fatales suman 1.720.

Del total de esos casos, 1.076 (1,2%) son importados, 30.597 (33,7%) son contactos estrechos de casos confirmados, 43.374 (47,8%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Se trata del número de contagios más alto para una jornada desde que se contabilizan los casos en el país.

Las 26 nuevas muertes se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (10 casos) y en las provincias de Buenos Aires (11), Chaco (4) y Salta (1).

Los 3.663 nuevos casos se registraron en la CABA (1.058 casos) y en las provincias de Buenos Aires (2.372), Jujuy (52), Chaco (30), Córdoba (27), Río Negro (23), Entre Ríos (21), Chubut (19), Santa Fe (15), Mendoza (11), Catamarca (10), Neuquén (10), Salta (9), Santa Cruz (2), La Rioja (1), Santiago del Estero (1), Tierra del Fuego (1) y Tucumán (1).

| Jurisdicción | Casos | Muertes | Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.) | Tasa de letalidad (en %) |
|---------------------------------|--------|---------|--|--------------------------|
| Ciudad Autónoma de Buenos Aires | 35.480 | 627 | 1.153,58 | 1,77 |
| Buenos Aires | 47.795 | 841 | 272,47 | 1,76 |
| Córdoba | 826 | 38 | 21,97 | 4,60 |
| Entre Ríos | 376 | — | 27,13 | — |
| Santa Fe | 480 | 6 | 13,57 | 1,25 |
| Centro | 84.957 | 1.512 | 289,96 | 1,78 |
| Mendoza | 255 | 10 | 12,81 | 3,92 |
| San Juan | 9 | — | 1,15 | — |
| San Luis | 12 | — | 2,36 | — |
| Cuyo | 276 | 10 | 8,41 | 3,62 |
| Chaco | 2.446 | 113 | 218,24 | 4,62 |
| Corrientes | 125 | — | 10,38 | — |
| Formosa | 75 | — | 12,39 | — |
| Misiones | 42 | 2 | 3,33 | 4,76 |
| Noreste Argentino | 2.688 | 115 | 64,12 | 4,28 |
| Catamarca | 38 | — | 9,15 | — |
| Jujuy | 312 | 1 | 40,47 | 0,32 |
| La Rioja | 125 | 9 | 31,76 | 7,20 |
| Salta | 84 | 2 | 5,90 | 2,38 |
| Santiago del Estero | 36 | — | 3,68 | — |
| Tucumán | 87 | 5 | 5,13 | 5,75 |
| Noroeste Argentino | 682 | 17 | 12,01 | 2,49 |
| Chubut | 192 | 1 | 31,02 | 0,52 |
| La Pampa | 7 | — | 1,95 | — |
| Neuquén | 649 | 18 | 97,73 | 2,77 |
| Río Negro | 1.031 | 45 | 137,91 | 4,36 |
| Santa Cruz | 57 | — | 15,59 | — |
| Tierra del Fuego | 154 | 1 | 88,80 | 0,65 |
| Sur | 2.090 | 65 | 71,37 | 3,11 |
| Total Argentina | 90.693 | 1.720 | 199,87 | 1,90 |

Tabla 2. Casos y muertes notificados y tasas de incidencia y letalidad, según jurisdicción. Argentina. Año 2020, hasta el 9 de julio. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

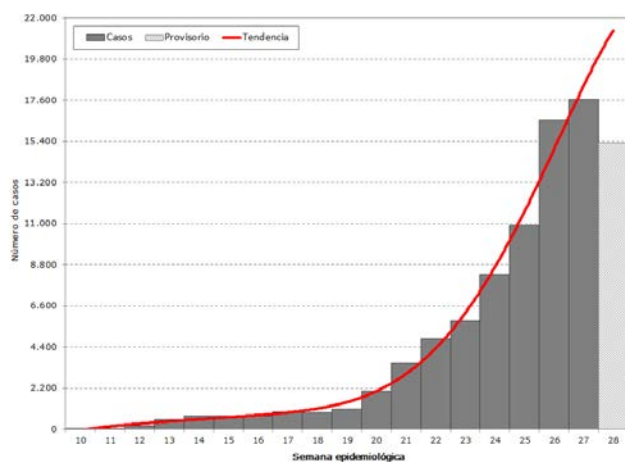


Gráfico 2. Casos confirmados y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 28. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

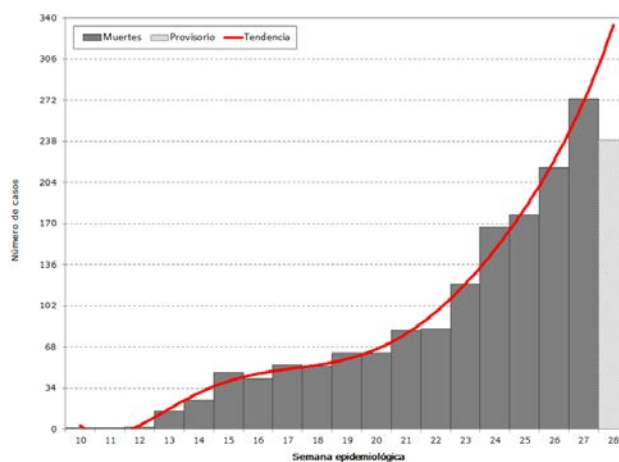


Gráfico 3. Muertes confirmadas y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 28. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

El 8 de julio fueron realizadas 10.910 nuevas pruebas diagnósticas para esta enfermedad, 434.692 desde el inicio del brote, lo que equivale a 9.579,6 muestras cada millón de

habitantes. El número de casos descartados hasta ayer es de 273.168 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico).

El grupo etario más afectado es el de 20 a 59 años, siendo la edad promedio de 36 años. A la fecha, 38.313 personas han recibido el alta.

En el día de la fecha, Fernán González Bernaldo de Quirós, ministro de Salud de la CABA, expresó: “No es una buena foto ese número. Ni el global de Argentina, ni el particular de la CABA”. Sin embargo, agregó que “hay que ver bien la película, un solo día no define una tendencia”.

El funcionario recordó que recién pasó una semana de la vuelta a fase 1 en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA): “Llevamos siete días de un cambio con más restricciones en la circulación de gente y tenemos los próximos 10 días por delante para evaluar el impacto que tuvo”.

Sobre los cruces con los funcionarios del gobierno de Axel Kicillof, el ministro afirmó que “desde el primer día acordamos la política y estrategia” para la pandemia con Nación y Provincia, aunque “luego hemos tenido estrategias locales diferentes”.

“Bajo un acuerdo general de cómo estamos y cómo tenemos que seguir, en la CABA vamos a proponer las medidas que creemos que para la cultura y la realidad ciudadana tenemos que proponer”, anticipó sobre las reuniones que se llevarán a cabo la semana próxima.

“Esperamos que este esfuerzo suplementario que está haciendo todo el mundo, la ciudadanía porteña y la bonaerense, efectivamente baje la velocidad de crecimiento de todas las curvas. Con los números que tengamos vamos a dialogar y acordar las políticas”, sostuvo.

América



AMÉRICA LATINA

LAS INFECCIONES OPORTUNISTAS CONTINÚAN
SIENDO FRECUENTES EN PERSONAS CON EL VIH

09/07/2020

Los datos procedentes de seis países latinoamericanos revelan que el riesgo de infecciones oportunistas persiste en personas con el VIH incluso después del uso prolongado del tratamiento antirretroviral.

La instauración de pautas eficaces de profilaxis primaria y secundaria frente a las principales infecciones oportunistas fue el primer gran avance terapéutico para las personas con el VIH, lo que permitió un descenso significativo de mortalidad ya antes de la llegada de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Con la introducción de la TARGA se asistió a un

notable cambio en la evolución de la infección por el VIH con una drástica reducción de la mortalidad y de la incidencia de enfermedades oportunistas. Sin embargo, en la actualidad, se observan casos de infecciones oportunistas en varios escenarios: personas que no conocen que están infectadas por el VIH y debutan con una infección oportunista; personas que no reciben tratamiento antirretroviral; o personas cuyo tratamiento fracasa por falta de adherencia u otras causas. Por este motivo, las infecciones oportunistas siguen siendo un tema de actualidad en la asistencia de los pacientes infectados por el VIH, sobre todo en contextos en los que no está garantizado el acceso universal al tratamiento antirretroviral y/o en los que no se dispone de fármacos de última generación, más eficaces y tolerables, con una mayor barrera genética y más fáciles de tomar.

Estudios previos realizados en América Latina han mostrado una alta prevalencia de infecciones oportunistas en personas con un diagnóstico tardío y con recuentos bajos de células CD4, lo que confirma la relación bien documentada entre tener un sistema inmunitario debilitado y el riesgo de desarrollar una infección oportunista. Sin embargo, otro estudio latinoamericano halló una mediana de tiempo de años desde el inicio del tratamiento antirretroviral hasta el diagnóstico de meningitis criptocócica, una infección de las meninges causada por un hongo. Este sorprendente hallazgo llevó a los investigadores a preguntarse si otras infecciones oportunistas podrían también surgir más tarde, a pesar del uso del tratamiento antirretroviral.

El equipo de investigadores examinó la incidencia de infecciones oportunistas de aparición tardía y sus factores de riesgo. Se definió como inicio tardío el que tuvo lugar transcurridos seis meses tras el inicio del tratamiento antirretroviral.

Se inscribió en el estudio a personas con el VIH que tomaron terapia antirretroviral por primera vez desde 2001 hasta 2015 en siete clínicas en Argentina, Brasil, Chile, Honduras, Perú y México, proporcionando datos a la Red sobre Epidemiología del VIH del Caribe, América Central y América del Sur (CCASAnet). Se excluyó del estudio a las personas de quienes no se pudo documentar si alguna vez habían desarrollado sida antes de su participación, al igual que aquellas que murieron o se perdieron durante el seguimiento durante los primeros seis meses después de comenzar la terapia antirretroviral.

Se incluyó a un total de 8.776 participantes, de los cuales 77% eran hombres (entre los que 47% eran hombres que tienen sexo con hombres, HSH) y 23% mujeres. La mediana de seguimiento de los participantes que tuvieron una infección oportunista de inicio tardío fue más breve que la de los que no la experimentaron (2,5 años frente a 3,8 años, respectivamente).

De las 8.776 personas incluidas en el estudio, un total de 2.391 (27%) tuvieron al menos un resultado: 899 personas presentaron una infección oportunista de inicio tardío, 987 se perdieron en el seguimiento y 505 murieron. Una cuarta parte de las personas con una infección oportunista de inicio tardío murió (estas muertes no se incluyeron en las 505 ya mencionadas).

Se calculó que, al cabo de cinco años de su entrada en la atención sanitaria, se esperaba que 8,1% de los pacientes tuvieran una infección oportunista de inicio tardío, 7,1% se perdería durante el seguimiento y 4,2% moriría. Las infecciones oportunistas fueron los acontecimientos predominantes en los primeros seis años de seguimiento, mientras que la pérdida de seguimiento se hizo más frecuente después de esto.

Las infecciones más habituales fueron la tuberculosis pulmonar, que afectó a 361 participantes (40%); seguida de la candidiasis esofágica, que se detectó en 98 (13%); la neumonía por *Pneumocystis*, que se registró en 92 participantes (10%); el herpes simple de

más de un mes de duración, que afectó a 70 (7,8%); y, por último, la candidiasis diseminada, detectada en 66 participantes (7,3%).

Entre los factores que se asociaron de forma significativa con un mayor riesgo de desarrollar infecciones oportunistas de aparición tardía estarían el sexo femenino; tener una menor edad al inicio del tratamiento antirretroviral (mientras que la edad avanzada confirió una disminución del riesgo); menor recuento de células CD4 al comenzar la terapia antirretroviral (cuanto menor, mayor es el riesgo de una infección oportunista de aparición tardía); experimentar un acontecimiento definitorio de sida durante los primeros seis meses de terapia antirretroviral; inicio del tratamiento contra el VIH en el período anterior del estudio, de 2005 a 2010, en comparación con el segundo período de estudio, de 2010 a 2015.

Las conclusiones señalan que las infecciones oportunistas siguen siendo frecuentes, a pesar del uso a largo plazo del tratamiento antirretroviral, y recomiendan realizar una vigilancia más estrecha a pacientes más jóvenes y/o mujeres que comienzan la terapia antirretroviral, así como para aquellos que la comienzan con un nivel bajo de células CD4. Además, el desarrollo de una infección oportunista de inicio tardío puede deberse a un fallo virológico y/o una mala adherencia al tratamiento contra el VIH, lo que merece una mayor investigación.

Este estudio constituye una contribución importante que viene a llenar el vacío de conocimiento sobre la epidemia del VIH en Latinoamérica y otros entornos con recursos limitados.²



BRASIL
REPORTAN UNA INFECCIÓN POR UNA VARIANTE
DEL VIRUS DE LA INFLUENZA A(H1N2)

09/07/2020

El 22 de junio de 2020, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Brasil compartió un informe preliminar con la Organización Panamericana de la Salud acerca de una infección humana con una variante del virus de la Influenza A(H1N2) [A(H1N2)v]. Según el informe, la paciente, una mujer de 22 años, sin comorbilidades, trabajó en un matadero de cerdos en el municipio de Iporã, estado de Paraná, y desarrolló una enfermedad tipo influenza el 12 de abril de 2020. La paciente inicialmente buscó atención médica el 14 de abril y se le tomó una muestra respiratoria el 16 de abril como parte de las actividades de vigilancia de rutina. La paciente fue tratada con oseltamivir, no fue hospitalizada y se recuperó.

Una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en tiempo real realizada en el laboratorio de salud pública identificó un virus de influenza A no subtipificable. En mayo de 2020, la muestra fue enviada al Laboratorio de Virus Respiratorios y Sarampión, de la Fundación Instituto 'Dr. Oswaldo Gonçalves Cruz' (FIOCRUZ), un

² Las investigaciones presentadas en reuniones por lo general se consideran preliminares hasta que se publiquen en una revista revisada por profesionales.

laboratorio nacional de referencia de influenza, en Rio de Janeiro. El 22 de junio, la secuenciación genética caracterizó este virus como influenza A(H1N2)v.

Respuesta de salud pública

Está en curso la caracterización genética y fenotípica adicional del virus de la paciente.

El 26 de junio de 2020, las autoridades locales comenzaron una investigación retrospectiva y prospectiva en el matadero del municipio de Ibiporã y otros municipios donde viven los trabajadores del establecimiento. Según la investigación epidemiológica preliminar, un segundo individuo que también trabajó en el matadero desarrolló síntomas respiratorios durante el mismo período de tiempo que el caso confirmado, pero no se pudo obtener una muestra de esta persona. No se han identificado otros casos sospechosos entre los contactos del caso confirmado.

La información sobre la caracterización virológica y la investigación epidemiológica, especialmente sobre la fuente probable de exposición de la paciente al virus y la identificación de cualquier caso humano adicional ayudará a la evaluación del riesgo sobre la probabilidad de cualquier transmisión de persona a persona.

Evaluación de riesgos de la OMS

Desde 2005 hasta la fecha, se han notificado a la OMS 26 casos de influenza A(H1N2)v, incluidos dos en Brasil. La mayoría de los casos se han presentado como enfermedad leve y no ha habido evidencia de transmisión de persona a persona.

Los virus de la influenza porcina circulan en poblaciones de cerdos en muchas regiones del mundo. Las características genéticas de estos virus difieren, dependiendo de la ubicación geográfica. La mayoría de los casos humanos son el resultado de la exposición a los virus de la influenza porcina a través del contacto con cerdos infectados o ambientes contaminados. Debido a que estos virus continúan siendo detectados en poblaciones porcinas de todo el mundo, se pueden esperar más casos en humanos.

Consejos de la OMS

Debido a la naturaleza en constante evolución de los virus de la influenza, la OMS continúa enfatizando la importancia de la vigilancia global para detectar cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de la influenza circulantes que pueden afectar la salud humana (o animal) al compartir oportunamente dichos cambios para la evaluación de riesgos.

Todas las infecciones humanas causadas por un nuevo subtipo de influenza son notificables de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y los Estados Parte del RSI (2005) deben notificar de inmediato a la OMS sobre cualquier caso confirmado por laboratorio de una infección humana reciente causada por un virus de la influenza A con el potencial de causar una pandemia. No se requiere evidencia de enfermedad para este informe.

En el caso de una infección humana confirmada o sospechosa causada por un nuevo virus de la influenza con potencial pandémico, incluido una variante del virus, debe llevarse a cabo una investigación epidemiológica exhaustiva (incluso mientras se esperan los resultados confirmatorios de laboratorio) del historial de exposición a animales, viajes y rastreo de contactos. La investigación epidemiológica debe incluir la identificación temprana de

eventos respiratorios inusuales que podrían indicar la transmisión de persona a persona del nuevo virus y las muestras clínicas recolectadas desde el momento y el lugar en que ocurrió el caso deben analizarse y enviarse a un Centro de Colaboración de la OMS para una caracterización adicional.

Deben respetarse las medidas generales de higiene, como lavarse las manos regularmente antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos. La OMS no recomienda ninguna medida diferente específica para los viajeros. La OMS no aconseja evaluaciones especiales en los puntos de ingreso con respecto a este evento, ni recomienda que se apliquen restricciones a los viajes o el comercio.

THE LANCET
Global Health

BRASIL

NEGROS, MESTIZOS Y MULATOS,
LOS QUE MÁS MUEREN POR COVID-19

08/07/2020

En Brasil, los negros, mestizos y mulatos tienen más probabilidades de morir por complicaciones de la COVID-19 cuando ingresan en el hospital que las personas de raza blanca.

Un estudio estimó que los mestizos y mulatos tienen 1,5 veces más probabilidades de morir por la enfermedad que los blancos, mientras que entre la población negra la probabilidad es 1,3 veces mayor. Según el estudio, ser mestizo, mulato o negro es el segundo factor de riesgo más importante para la mortalidad por COVID-19 después de la edad.



En el estudio se utilizaron datos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud de Brasil (SIVEP-Gripe), que representan el total de las infecciones respiratorias en el país.

Hasta el 18 de mayo, de los 19.940 pacientes que dieron positivo para el SARS-CoV-2, se obtuvo datos sobre el origen étnico o del color de piel de unos 12.000 pacientes.

Se analizaron 11.321 pacientes de ese grupo que fueron ingresados en hospitales públicos o privados de Brasil. La mayoría de los hospitalizados (82%) era de la macro-región Centro-Sul del país, que incluye las regiones Centro-Oeste, Sudeste y Sul y alberga a 64% de la población.

El resto (18%) era en la macro-región Norte, que incluye Norte y Nordeste y reúne a 36% de los brasileños.

Para analizar el riesgo de mortalidad, se cruzaron datos de edad, sexo, etnia, comorbilidades, y ubicación.

Las comorbilidades como la obesidad, la diabetes, el asma y otras enfermedades, que aumentan el riesgo de mortalidad por COVID-19, fueron más comunes entre los pacientes en

la macro-región Norte que en la Centro-Sul, y la proporción general de muertes en el Norte también fue mayor.

Esto refleja las disparidades estructurales en el acceso a los servicios y equipos de salud entre las macro-regiones.

Aunque 90% de la población brasileña está compuesta por mestizos, mulatos y blancos, la distribución es bastante desigual en el país. En la Región Sul, por ejemplo, 77% de la población se considera blanca, mientras que en la Norte, 72% se considera mestizo o mulato.

De los más de 11.000 pacientes analizados hubo resultados concluyentes para más de 7.000 de ellos: cerca de 3.300 muertos por COVID-19 y en torno a 4.000 recuperados de la infección. De este grupo, los mestizos, mulatos y los negros murieron más que los blancos en las dos macro-regiones.

Valerio Marra, investigador del Departamento de Física de la Universidad Federal de Espírito Santo y coautor del estudio, señaló que el estudio “muestra las desigualdades que son conocidas, pero aún impactan cuando se cuantifican”.

Para Marra, una sorpresa fue la situación en el estado de Rio de Janeiro, que, a pesar de ubicarse en una región socioeconómicamente fuerte, tenía un riesgo muy alto de mortalidad, solo detrás de Pernambuco, Amazonas y Paraíba.

“Creemos que esto se debe a las deficiencias de los hospitales públicos en la Región Metropolitana de Rio de Janeiro. La crisis económica y la corrupción se están sintiendo en esta pandemia”, opinó Marra.

El objetivo del estudio es crear métodos de inteligencia artificial capaces de predecir la evolución de la COVID-19 en pacientes ingresados en hospitales brasileños. Con datos refinados sobre la pandemia, Marra señaló que será posible construir una herramienta para ayudar a los médicos a predecir la evolución y optimizar las decisiones.

Para el epidemiólogo Paulo Cesar Basta, de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP) ‘Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca’, que no participó en la investigación, este estudio proporciona una descripción general de los casos más graves de infección, es decir, aquellos que requirieron hospitalización.

Para Basta, la separación de Brasil en dos macro-regiones es una limitación del estudio, ya que Brasil es un país muy heterogéneo. “Sería mejor analizar cada una de las cinco regiones brasileñas de forma aislada y compararlas”, observó.

Para Fernando de Castro Reinach, profesor de bioquímica en la Universidad de São Paulo (USP), es muy posible que las cifras que recoge el estudio sean bajas. “El sistema de vigilancia de muertes en el país, en muchos lugares, es muy malo, y en medio de la emergencia por la pandemia, completar estos datos no siempre es cuidadoso”, dijo. “Pero estos son los únicos números que tenemos, por lo que el estudio tiene mérito”, destacó.

Reinach es, además, uno de los líderes de otro proyecto que mide la presencia del SARS-CoV-2 en la ciudad de São Paulo, cuyo estado registra más de 16.000 muertes por COVID-19 y es el epicentro de la pandemia en Brasil.

Según su estudio, realizado en la segunda quincena de junio, la incidencia de la COVID-19 en residentes mayores de 18 años es, en promedio, de 11,4%. Pero la infección entre los negros es 2,5 veces mayor que en los blancos (19,7% contra 7,9%).

Al color de la piel sigue la clase social: en los barrios pobres de la ciudad, se estima que 16% de los residentes fue infectado por el SARS-CoV-2. En los barrios más ricos, el porcentaje cae a 6,5%.

Además, la COVID-19 también penaliza a más personas con menos educación formal: 22,9% de los infectados no han completado la escuela primaria, mientras que la incidencia entre aquellos con educación superior es de 5,1%.

Por teléfono, Marco Akerman, profesor del Departamento de Política, Gestión y Salud de la Facultad de Salud Pública de la USP, comentó que ambos estudios “no son novedades, sino que muestran cómo la COVID-19 descubre la forma en que la vida y las condiciones materiales están distribuidas de manera desigual”.

“Es necesario mejorar las condiciones laborales de las personas y fortalecer el Sistema Único de Salud, que está absorbiendo gran parte del impacto de esta crisis”, dijo Akerman.

Flávia Cristiane Kolchraiber, gerente de proyectos del Instituto Brasileño de Estudios y Apoyo a la Comunidad (IBEAC) en Parelheiros, en las afueras de la ciudad de São Paulo, opinó que “la información, así como las políticas de protección, no pueden ser verticales, de arriba a abajo”, porque no es funcional en la mayoría de los territorios periféricos. “Superarlo es un proceso largo, pero este momento de crisis podría ser una oportunidad para esto”, concluyó.³



Un reciente estudio ofreció evidencia adicional de que el distanciamiento físico puede retrasar la propagación de la COVID-19.

El estudio apoya firmemente el papel del distanciamiento físico como una forma efectiva de mitigar la transmisión de la COVID-19 en Estados Unidos. Hasta que una vacuna contra la COVID-19 esté ampliamente disponible, el distanciamiento físico seguirá siendo una de las medidas principales para combatir la propagación de la enfermedad.

El estudio consideró la relación entre la dinámica emergente de transmisión y movilidad de la COVID-19 en Estados Unidos; para ello, se tomaron en consideración las pocas publicaciones que abordan este tema desde una perspectiva sólida basada en datos.

Aunque el distanciamiento físico ha demostrado tener efectos positivos en la transmisión de la COVID-19 en China, este trabajo extiende los resultados a Estados Unidos. El estudio no se basa en tasas de infección asumidas, cumplimiento asumido alineado con el tiempo de las políticas o datos modelados o sintéticos, sino que utiliza datos de movilidad del mundo real y recuentos de casos reportados para estimar empíricamente la relación entre las dos variables en Estados Unidos.

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

El estudio

Dentro de los cuatro meses posteriores a la primera notificación de COVID-19 en Estados Unidos, la enfermedad se extendió a todos los estados y a más de 90% de todos los condados. Durante este período, la respuesta de Estados Unidos estuvo altamente descentralizada, con directivas de permanencia en el hogar emitidas por funcionarios estatales y locales, sujetas a diferentes niveles de aplicación.

La ausencia de una política centralizada y una línea de tiempo combinada con la dinámica compleja de la movilidad humana y la intensidad variable de los brotes locales hacen que sea un desafío evaluar el efecto del distanciamiento físico a gran escala en la transmisión de la COVID-19 en Estados Unidos

Se utilizaron datos de movilidad de teléfonos celulares para estimar los patrones de movimiento en Estados Unidos desde el 1 de enero hasta el 20 de abril de 2020, para capturar las tendencias en tiempo real de los patrones de movimiento para cada condado de Estados Unidos para generar una métrica de distanciamiento físico.

Se utilizaron datos epidemiológicos para calcular la tasa de crecimiento de la COVID-19 para un condado determinado en un día determinado. Utilizando estas métricas, se evaluó cómo el distanciamiento físico, medido por el cambio relativo en la movilidad, afectó la tasa de nuevas infecciones en los 25 condados de Estados Unidos con el mayor número de casos confirmados el 16 de abril de 2020, ajustando un modelo estadístico para cada condado.

El análisis reveló que los patrones de movilidad están fuertemente correlacionados con la disminución de las tasas de crecimiento de casos de COVID-19 para los condados más afectados en Estados Unidos, con coeficientes de correlación de Pearson superiores a 0,7 para 20 de los 25 condados evaluados.

Además, el efecto de los cambios en los patrones de movilidad, que disminuyeron en 35-63% en relación con las condiciones normales, en la transmisión de la COVID-19 probablemente no sea perceptible durante 9-12 días, y potencialmente hasta tres semanas, lo cual es consistente con el tiempo de incubación de la COVID-19 más el tiempo adicional para informar.

También se muestra evidencia de que los cambios de comportamiento ya estaban en marcha en muchos condados de Estados Unidos de días a semanas antes de que se implementaran las políticas de confinamiento en el hogar a nivel estatal o local, lo que implica que las personas anticiparon directivas de salud pública donde se adoptó el distanciamiento físico, a pesar de una mezcla de mensajes políticos.

Los resultados

Los resultados respaldan firmemente la conclusión de que el distanciamiento físico desempeñó un papel crucial en la reducción de las tasas de crecimiento de casos en varios condados de Estados Unidos durante marzo y abril, lo que es consistente con la investigación de la transmisión de la COVID-19 hasta la fecha, es decir, que la disminución de la movilidad tiene una relación significativa y positiva con un menor crecimiento de casos.

Puede ser difícil reconocer el valor de un comportamiento seguro cuando la recompensa no es obvia y el peligro no es inmediato. Esto es particularmente cierto dadas las repercusiones económicas y sociales de la respuesta a la COVID-19. Sin embargo, dada la ausencia de medicamentos antivirales probados o una vacuna, el distanciamiento físico es una de las formas más importantes y oportunas para combatir la propagación de la COVID-19.

Estos hallazgos también resaltan la diferencia en la política de control de pandemias entre Estados Unidos y China, y deberían servir para apoyar una formulación de políticas más oportuna en Estados Unidos en el futuro. Este hallazgo es particularmente relevante a medida que Estados Unidos comienza a aflojar las órdenes de quedarse en casa, una vez más haciéndolo de una manera altamente descentralizada.

A medida que el país continúa lidiando con las ramificaciones de la pandemia de COVID-19 en la salud, la sociedad y la economía, estos resultados pueden motivar tanto a las personas como a los gobiernos a tomar decisiones seguras y basadas en datos, y reconocer el efecto que estas elecciones tienen en todas las comunidades humanas.

Hasta que una vacuna contra la COVID-19 esté ampliamente disponible, el distanciamiento físico seguirá siendo una de las principales medidas para combatir la propagación de enfermedades, y estos hallazgos deberían servir para respaldar una formulación de políticas más oportuna en torno al distanciamiento físico en Estados Unidos en el futuro.⁴

El mundo



EL UNIVERSO

LA COVID-19 EN EL MUNDO

09/07/2020

Gauteng es ahora el principal foco de infecciones en Sudáfrica

La central provincia de Gauteng, donde se encuentra Pretoria y la populosa Johannesburg, es actualmente el centro con el mayor número de casos de COVID-19 en Sudáfrica, a su vez la nación más afectada de África por la pandemia.

Según el ministro de Salud, Zwelini Lawrence Mkhize, esta demarcación acumula actualmente 75.015 casos, lo que representa 33,4% del total nacional.

Las autoridades provinciales revelaron que seis miembros del Comando de Salud de Gauteng (un grupo de especialistas y directivos que coordinan las respuestas sanitarias y socioeconómicas a la pandemia en la región) dieron positivo para el SARS-CoV-2, incluido el jefe del departamento, Mkhululi Lukhele.

A nivel nacional, Sudáfrica presenta un acumulado de 224.665 casos, de ellos 8.810 registrados en las últimas 24 horas. El total nacional de decesos llegó a 3.602.

⁴ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).

Desde el inicio de la enfermedad en Sudáfrica, a principios de marzo, 106.842 enfermos se han curado, lo que se traduce en una tasa de recuperación de 47,5%.

Hasta la fecha, las autoridades sanitarias del país han realizado 1.944.399 pruebas de detección del SARS-CoV-2, de las cuales 36.867 se realizaron el 8 de julio.

“Estamos alcanzado el peor momento de la expansión nacional de la pandemia. La tormenta sanitaria, de la que siempre hemos advertido a los sudafricanos, está llegando”, alertó el Ministro el 8 de julio.

Esta semana Mkhize reveló que, al 30 de junio, se habían infectado en Sudáfrica 4.821 trabajadores de la salud. Entre ellos se incluyen enfermeras, médicos y trabajadores comunitarios, tanto del sector público como del privado.

India bate récords de nuevos casos diarios

India reportó el 9 de julio otro récord de 24.879 nuevos casos de COVID-19 y ahora el conteo nacional de la actual pandemia asciende a 767.296 contagios.

No obstante, la tasa de recuperación de los pacientes de la COVID-19 mejoró hasta 62%, mientras 476.378 personas fueron dadas de alta hasta el momento en todo el país surasiático. Sólo en las últimas 24 horas, al menos 19.547 personas se recuperaron de la enfermedad.

En un solo día se registraron 487 muertes, lo cual elevó el número de víctimas mortales en todo el país a 21.129. En la actualidad, los casos activos de la pandemia en el país son 269.789.

El Consejo Indio de Investigación Médica señaló que los laboratorios del país realizaron en 24 horas 267.061 pruebas de detección del SARS-CoV-2.

Nuevo récord diario de casos nuevos en Estados Unidos

Estados Unidos sobrepasó el 8 de julio los tres millones de casos de COVID-19, después que el país registrara un nuevo récord diario de más de 60.021 nuevos contagios.

La nación nortea acumula 3.120.000 infectados desde el inicio de la pandemia, que ya dejó, además, 134.300 decesos en el país.

Aunque los casos están en aumento en la mayoría de los estados, el incremento a nivel nacional ha estado impulsado en gran medida por varios territorios del sur y oeste del país

| País | Casos | Muertes | Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.) | Tasa de letalidad (en %) |
|--------------------------------|-------------------|----------------|---|-----------------------------|
| Estados Unidos | 3.079.576 | 132.764 | 931,45 | 4,31 |
| Brasil | 1.713.160 | 67.964 | 807,11 | 3,97 |
| India | 767.296 | 21.129 | 55,71 | 2,75 |
| Rusia | 706.240 | 10.826 | 483,98 | 1,53 |
| Perú | 312.911 | 11.133 | 951,64 | 3,56 |
| Chile | 306.216 | 6.682 | 1.604,61 | 2,18 |
| Reino Unido | 287.621 | 44.602 | 424,12 | 15,51 |
| México | 275.003 | 32.796 | 213,73 | 11,93 |
| España | 253.056 | 28.401 | 541,28 | 11,22 |
| Irán | 250.458 | 12.305 | 298,95 | 4,91 |
| Italia | 242.363 | 34.926 | 400,74 | 14,41 |
| Pakistán | 240.848 | 4.983 | 109,46 | 2,07 |
| Sudáfrica | 224.665 | 3.602 | 379,75 | 1,60 |
| Arabia Saudí | 223.327 | 2.100 | 643,47 | 0,94 |
| Turquía | 209.962 | 5.300 | 249,48 | 2,52 |
| Alemania | 199.001 | 9.057 | 237,67 | 4,55 |
| Francia | 197.964 | 29.889 | 303,42 | 15,10 |
| Bangladesh | 175.494 | 2.238 | 106,77 | 1,28 |
| Colombia | 128.638 | 4.791 | 253,35 | 3,72 |
| Canadá | 108.525 | 8.792 | 288,05 | 8,10 |
| Qatar | 102.110 | 142 | 3.556,10 | 0,14 |
| Argentina | 87.030 | 1.707 | 192,92 | 1,96 |
| China | 83.581 | 4.634 | 5,81 | 5,54 |
| Egipto | 78.304 | 3.564 | 76,81 | 4,55 |
| Suecia | 74.333 | 5.500 | 736,92 | 7,40 |
| Indonesia | 70.736 | 3.417 | 25,92 | 4,83 |
| Irak | 69.612 | 2.882 | 173,85 | 4,14 |
| Belarús | 64.411 | 449 | 681,60 | 0,70 |
| Ecuador | 64.221 | 4.900 | 365,11 | 7,63 |
| Bélgica | 62.210 | 9.778 | 537,24 | 15,72 |
| Emiratos Árabes Unidos | 53.577 | 328 | 543,00 | 0,61 |
| Kazajistán | 53.021 | 264 | 283,04 | 0,50 |
| Kuwait | 52.840 | 382 | 1.240,94 | 0,72 |
| Ucrania | 52.285 | 1.344 | 119,41 | 2,57 |
| Filipinas | 51.754 | 1.314 | 47,35 | 2,54 |
| Omán | 51.725 | 236 | 1.018,09 | 0,46 |
| Países Bajos | 50.798 | 6.137 | 296,59 | 12,08 |
| Singapur | 45.423 | 26 | 777,62 | 0,06 |
| Portugal | 45.277 | 1.644 | 443,78 | 3,63 |
| Bolivia | 42.984 | 1.577 | 369,25 | 3,67 |
| Panamá | 41.251 | 819 | 959,03 | 1,99 |
| República Dominicana | 40.790 | 842 | 376,77 | 2,06 |
| Polonia | 36.951 | 1.551 | 97,61 | 4,20 |
| Israel | 34.825 | 348 | 403,60 | 1,00 |
| Afganistán | 33.908 | 957 | 87,50 | 2,82 |
| Suiza | 32.586 | 1.966 | 377,06 | 6,03 |
| Bahrein | 30.931 | 102 | 1.830,92 | 0,33 |
| Rumania | 30.789 | 1.834 | 159,84 | 5,96 |
| Armenia | 30.346 | 535 | 1.024,46 | 1,76 |
| Nigeria | 30.249 | 684 | 14,75 | 2,26 |
| Otros 168 países y territorios | 627.224 | 17.365 | — | — |
| Total | 12.128.406 | 551.508 | 155,89 | 4,55 |

Tabla 3. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 9 de julio de 2020, 16:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

que han visto picos drásticos en las últimas semanas, incluidos Florida, Arizona, Texas, California y Oklahoma.

La Administración de Atención Médica de Florida informó que solo permanecían sin ocupar 15,3% de las camas de cuidados intensivos destinadas a adultos. El estado anunció el 8 de julio 9.989 nuevos casos, lo cual llevó el acumulado de Florida a 223.783, en tanto se contabilizan 3.889 muertes, tras registrarse otras 48 en la última jornada.

Mientras la Organización Mundial de la Salud recomienda una tasa de positividad de 5% o menos para reabrir las economías en medio de la pandemia, el condado de Miami-Dade, que incluye la ciudad de Miami, ha visto ese indicador subir hasta 21,9%. En otro de los condados de Florida, Osceola, la tasa de positividad es de un 19,5%, mientras que en el de Hillsborough, que incluye a la ciudad de Tampa, la tasa es de 16,4%.

Primer pico letal de julio en Guatemala

Con varias horas de retraso, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) confirmó hoy 624 nuevos casos de COVID-19 y 49 fallecidos, el primer pico letal de este mes.

En total, los casos llegaron a 25.411 y los decesos a 1.053, la mayoría se suceden en cadena desde el 15 de mayo, con una letalidad de 4,05%.

En las últimas 48 horas recibieron el alta 143 personas, llegando la cifra de recuperados a 3.718. Mientras, los pacientes activos ascienden a 20.638.

El departamento de Guatemala continúa como epicentro de la epidemia, al registrar 17.419 contagios (68,55% a nivel nacional), seguido de Escuintla (1.596 casos; 6,28%), Sacatepéquez (1.154 casos; 4,54%) y Quetzaltenango (891 casos; 3,51%).

La escalada de contagios en Quito, Ecuador

Quito es desde hace semanas el principal foco de contagio de la COVID-19 en Ecuador. En los últimos días ha registrado cifras récord de contagios diarios que se han traducido también en un aumento de los cadáveres en calles y casas por la saturación de los servicios funerarios, algo que ya ocurrió en el inicio de la pandemia en Guayaquil.

Ecuador registró hasta ahora 64.221 casos de COVID-19, incluidas 4.900 víctimas mortales, 927 pacientes hospitalizados –310 con “pronóstico reservado”–, 29.210 estables en aislamiento domiciliario y 5.900 recuperados, conforme al último boletín del Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSP).

Por provincias, la más afectada sigue siendo Guayas (16.231 casos), cuya capital es Guayaquil, seguida de Pichincha (9.458), donde se encuentra Quito. Por detrás se encuentran Manabí

| Región de la OMS | Casos | Muertes | Tasa de incidencia (cada 100.000 hab.) | Tasa de letalidad (en %) |
|-----------------------|-------------------|----------------|--|--------------------------|
| América | 6.308.248 | 277.517 | 617,75 | 4,40 |
| Europa | 2.895.965 | 202.394 | 309,89 | 6,99 |
| Mediterráneo Oriental | 1.233.450 | 29.533 | 169,40 | 2,39 |
| Sudeste Asiático | 1.038.387 | 26.907 | 52,13 | 2,59 |
| África | 414.486 | 7.628 | 37,13 | 1,84 |
| Pacífico Occidental | 237.870 | 7.529 | 11,96 | 3,17 |
| Total | 12.128.406 | 551.508 | 155,89 | 4,55 |

Tabla 4. Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 9 de julio de 2020, 16:33 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

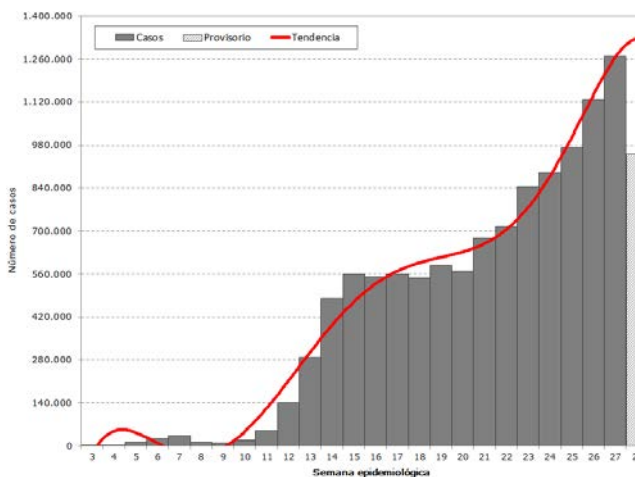


Gráfico 4. Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 3 a 28. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

(4.820) y ya a gran distancia Santo Domingo de los Tsáchilas, Morona Santiago, Los Ríos, El Oro, Azuay, Loja, Esmeraldas, Tungurahua y Cotopaxi, todas por encima de los 1.000 casos.

Inicialmente la atención de las autoridades ecuatorianas se centró en Guayaquil, donde se llegó a crear una fuerza especial dedicada a recoger cadáveres –tanto de víctimas de la COVID-19 como otros– de las calles y casas, donde empezaban a acumularse porque los servicios funerarios se vieron desbordados.

En Guayaquil, la segunda ciudad de Ecuador, hay ahora 11.056 casos confirmados de COVID-19 y la curva de contagios parece estabilizada, a juzgar por el Ministerio de Salud.

Así, la preocupación se ha trasladado a Quito, con 8.581 personas infectadas, puesto que la curva de contagios mantiene la tendencia ascendente. El 3 de junio, día en que la capital ecuatoriana pasó al semáforo amarillo del plan de desescalada, había 3.842 positivos.


Según dijo el ministro de Salud, Juan Carlos Zevallos López, “de 50 a 60% de la población de Quito ya podría estar contagiada”, mientras que 33% habría desarrollado inmunidad, de acuerdo con los resultados del estudio epidemiológico realizado hasta el 24 de mayo.

Los datos del Registro Civil indican que se ha producido un aumento del número de personas fallecidas en Quito respecto del año anterior. El pasado mes de junio fueron 1.676 y en el de 2019, 1.013; y en lo que va de julio ya son 290 y el año pasado fueron 165.

Entre el 4 de abril y el 6 de julio, 110 cadáveres se retiraron de casas y calles, la mayoría en domicilios (80). El 3 de julio fue el día que, hasta la fecha, más muertes extrahospitalarias se han registrado (9) en la ciudad.

“Si continuamos con el crecimiento del nivel de fallecidos, no vamos a tener capacidad de atender los procesos de cremación”, alertó Sebastián Barona, de la Federación Nacional de Funerarias.

“Ha habido un aumento respecto de 2018 y 2019 para esta misma época del año, 70 u 80% más de fallecidos, porque hay una pandemia. Sin embargo, la mortalidad ha sido controlada”, ha defendido Zevallos.

| | |
|--|--|
|  Organización Mundial de la Salud | <i>ARABIA SAUDÍ</i> NUEVOS CASOS DE INFECCIÓN POR EL MERS-CoV 02/07/2020 |
|--|--|

Entre el 1 de abril y el 31 de mayo de 2020, el Centro Nacional de Enlace para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del Reino de Arabia Saudí notificó nueve nuevos casos de infección por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS-CoV), incluyendo cinco muertes asociadas.

Los casos se registraron en las regiones de Al-Riyadh (7 casos), Asir (1), y Al-Hudud Al-Shimaliyyah (1). De los nueve casos, ocho eran hombres. La edad media de los casos es de 66 años (rango: 31-96 años). Siete casos presentaban comorbilidades. Un caso tuvo contacto con dromedarios (*Camelus dromedarius*) o sus productos en los 14 días previos al inicio de los

síntomas. Cinco casos reportaron contacto con casos previamente confirmados de MERS-CoV.

Las personas fallecidas a causa de la enfermedad son cinco hombres de 58, 61, 90, 95 y 96 años de edad.

De los casos reportados en Al-Riyadh, seis corresponden a un brote hospitalario en la región entre el 21 y el 31 de mayo de 2020: el caso índice, un paciente recién ingresado, y cinco casos secundarios identificados a través del rastreo de contactos. Uno de los casos secundarios fue un trabajador de la salud y los otros cuatro fueron pacientes ingresados debido a otras condiciones de salud. Los cuatro pacientes hospitalizados estaban postrados en cama y tenían más de 75 años. Todos los casos reportados tenían comorbilidades, con la excepción del trabajador de la salud.

A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido notificada desde septiembre de 2012 hasta el 31 de mayo de 2020, en virtud del RSI (2005), de 2.562 casos confirmados por laboratorio, incluyendo al menos 881 muertes relacionadas (tasa de letalidad de 34,39%).

Evaluación de riesgos de la OMS

El MERS-CoV causa infecciones humanas graves que resultan en una alta mortalidad. Los humanos se infectan por el contacto directo o indirecto con dromedarios. El MERS-CoV ha demostrado ser capaz de transmitirse de persona a persona. Hasta el momento, la transmisión no sostenida de persona a persona se ha producido principalmente en entornos de atención médica.

La notificación de nuevos casos no modifica la evaluación general del riesgo. La OMS prevé que se reporten nuevos casos de infección en Medio Oriente, y que continuarán exportándose casos a otros países a través de personas infectadas tras la exposición a dromedarios o productos derivados de estos animales (por ejemplo, a través del consumo de leche de dromedario sin pasteurizar) o de origen humano (por ejemplo, en un centro sanitario).

La OMS continúa monitoreando la situación epidemiológica y llevando a cabo la evaluación del riesgo con base en la última información disponible.

Advertencias de la OMS

Considerando la situación actual y la información disponible, la OMS alienta a todos sus Estados Miembros a que mantengan la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas y examinen detenidamente cualquier patrón inusual.


Las medidas de prevención y control de infecciones son esenciales para evitar la posible propagación del MERS-CoV en los centros sanitarios. No siempre es posible identificar precozmente a los pacientes infectados por el MERS-CoV, dado que los síntomas iniciales son inespecíficos, como ocurre en otras infecciones respiratorias. Por consiguiente, los profesionales sanitarios deben aplicar sistemáticamente las medidas preventivas habituales con todos los pacientes, con independencia de su diagnóstico. Se deben adoptar precauciones para evitar la transmisión a través de gotículas al atender a pacientes con síntomas de infección respiratoria aguda; cuando se trate de un caso probable o confirmado de infección por el MERS-CoV, se deben añadir precauciones contra el contacto y protección ocular. Las precauciones para prevenir la transmisión por vía aérea deben aplicarse cuando se realicen procedimientos que generen aerosoles.

La identificación temprana, el manejo de casos y el aislamiento, junto con las medidas adecuadas de prevención y control de infecciones, pueden prevenir la transmisión de persona a persona del MERS-CoV.

El MERS-CoV causa una enfermedad más severa en personas inmunocomprometidas o con condiciones médicas subyacentes, como diabetes, insuficiencia renal o neumopatías crónicas. Por consiguiente, dichas personas deben evitar el contacto estrecho con animales, en particular dromedarios, cuando visiten granjas, mercados o establos donde se sospeche que el virus puede estar circulando. Se deben adoptar las medidas higiénicas generales, tales como lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar animales y evitar el contacto con animales enfermos.

También deben adoptarse medidas de higiene alimentaria. Se debe evitar el consumo de leche sin pasteurizar u orina de dromedario, así como de carne que no esté adecuadamente cocida.

La OMS no recomienda cribados especiales en los puntos de ingreso ni la aplicación de restricciones a los viajes ni al comercio en relación con este evento.

| | |
|---|--|
|  | <p style="text-align: right;"><i>CHINA</i></p> <p style="text-align: center;">DECLARAN LA ALERTA PREVENTIVA POR PESTE BUBÓNICA EN LA REGIÓN DE MONGOLIA INTERIOR</p> <p style="text-align: right;"><i>06/07/2020</i></p> |
|---|--|

Las autoridades chinas han intensificado las precauciones después de que se confirmara un caso de peste bubónica en la ciudad de Bayannur Qota, en la Región Autónoma de Mongolia Interior. Según reportes del gobierno local, el paciente, un pastor, está en cuarentena y en condición estable.

Los funcionarios emitieron una Alerta de Nivel 3 –la segunda más baja en un sistema de cuatro niveles–, que implica la prohibición de la caza y el consumo de animales que puedan transmitir la peste, y llama a la población a informar sobre casos sospechosos.

La peste bubónica, causada por una infección bacteriana, puede ser mortal, pero puede tratarse con antibióticos comúnmente disponibles.

Todavía no está claro cómo o por qué el paciente pudo haberse infectado.

Periódicamente en el mundo se reportan casos de peste bubónica. Madagascar registró más de 300 durante un brote en 2017. Y en mayo del año pasado, dos personas murieron en Mongolia a causa de la peste, que contrajeron después de comer la carne cruda de una marmota.

Un funcionario de la Organización Mundial de la Salud en Ulaanbaatar, la capital de Mongolia, dijo que la carne cruda y el riñón de marmota se consideraban un remedio popular para la buena salud.

El roedor es un portador conocido de la bacteria de la peste, y se asocia comúnmente con los casos que se registran en el país. Cazar marmotas es ilegal.

Se verificó el 8 de mayo que Maldivas y Sri Lanka han eliminado la rubéola, convirtiéndolos en los dos primeros países de la Región del Sudeste Asiático de la Organización Mundial de la Salud en lograr la eliminación del sarampión y la rubéola antes de la meta de 2023.

“Proteger a todos los niños contra estas enfermedades mortales y debilitantes es un paso importante en nuestro esfuerzo por lograr una población más saludable y con salud para todos”, dijo el Dr. Poonam Khetrpal Singh, Director Regional, Región del Sudeste Asiático de la OMS, felicitando a Maldivas y Sri Lanka por su logro.

El anuncio se realizó después de la quinta reunión de la Comisión de Verificación Regional para el Sudeste Asiático para la Eliminación del Sarampión y la Rubéola, que se llevó a cabo virtualmente. La Comisión está compuesta por 11 expertos internacionales independientes en los campos de la epidemiología, la virología y la salud pública. Se verifica que un país ha eliminado el sarampión y la rubéola cuando no hay evidencia de transmisión endémica de los virus del sarampión y la rubéola durante más de tres años en presencia de un sistema de vigilancia efectivo.

Maldivas informó el último caso endémico de sarampión en 2009 y de rubéola en octubre de 2015, mientras que Sri Lanka informó el último caso endémico de sarampión en mayo de 2016 y de rubéola en marzo de 2017.

Este éxito, que llega en un momento en que todo el mundo está lidiando con la pandemia de COVID-19, es alentador y demuestra la importancia de los esfuerzos conjuntos, dijo el Dr. Khetrpal Singh, elogiando a los Ministerios de Salud, la fuerza laboral de salud, los socios y –lo más importante– a las comunidades, quienes juntos contribuyeron a este logro de salud pública.

El Director Regional elogió los esfuerzos de los países Miembros para aplicar vacunas que salvan las vidas de los niños, incluso mientras luchan contra la pandemia. “Aunque las actividades de vacunación masiva se han pospuesto en varios países, es alentador ver que se están realizando esfuerzos para reanudarlas lo antes posible”, dijo.

En una encuesta global, más de la mitad de todos los países informaron interrupciones de moderadas a severas, o una suspensión total de los servicios de vacunación en marzo y abril. La información preliminar de la Región sugiere que tanto la cobertura de inmunización como la vigilancia se han visto afectadas. Sin embargo, los países de la Región del Sudeste Asiático de la OMS han estado haciendo esfuerzos concertados para reanudar las actividades de inmunización y vigilancia y cerrar las brechas que surgieron debido a la pandemia de COVID-19.

En los últimos años, todos los países de la Región introdujeron dos dosis de la vacuna con componente antisarampionoso y al menos una dosis de vacuna con componente antirrubéolico en su programa de inmunización de rutina. La cobertura de la primera dosis de la vacuna con componente antisarampionoso ahora es de 88% y la cobertura de la segunda dosis de 76%. Desde 2017, casi 500 millones de niños adicionales han sido vacunados con la

vacuna contra el sarampión y la rubéola. La vigilancia del sarampión y la rubéola se ha fortalecido aún más.

“No podemos permitir que nuestro progreso hacia la eliminación del sarampión y la rubéola se interrumpa o revierta. Debemos lograr nuestro objetivo para 2023”, dijo el Director Regional, y agregó que la OMS se compromete a apoyar a los países Miembros y socios para revivir plenamente las actividades de inmunización y vigilancia, y para refinar las directrices estratégicas, operativas y políticas que facilitarán el progreso hacia el objetivo.

“Ahora más que nunca, debemos unirnos para hacer realidad nuestra visión de una Región en la que ningún niño sufre o muere de una enfermedad tan fácil de prevenir como el sarampión; donde ninguna mujer embarazada pierde a su bebé por nacer debido a un virus tan evitable como el de la rubéola; y donde ningún recién nacido llega al mundo con una enfermedad cardíaca o pérdida de audición debido a una tragedia tan innecesaria como la infección de rubéola en el útero”, dijo Khetrpal Singh.

Los países miembros de la Región del Sudeste Asiático de la OMS establecieron septiembre del año 2023 como fecha objetivo para la eliminación del sarampión y la rubéola, revisando el objetivo del programa emblemático que desde 2014 se había centrado en la eliminación del sarampión y el control de la rubéola.

Bután, Corea del Norte y Timor-Leste son otros países de la Región que han eliminado el sarampión.



LA VARIANTE G614 DEL SARS-CoV-2 REEMPLAZÓ A LA D614 COMO LA FORMA PANDÉMICA DOMINANTE

02/07/2020

El SARS-CoV-2 está demostrando ser muy letal, y el más de medio millón de muertes registradas hasta el momento, lo corrobora. Sin embargo, el coronavirus que se originó en Wuhan no es el mismo al que encontramos hoy. Las 30.000 letras grabadas en su genoma son distintas a las del genoma de ahora, y eso puede acarrear consecuencias.



Un simple cambio en la posición 23.403 del genoma: el cambio de una letra A por una G. Única y exclusivamente eso puede explicar incluso una enfermedad genética letal. Se trata de un cambio que puede traer problemas.

La variante G614 se ha impuesto a la anterior D614 en la mayor parte del mundo. Los datos en los hospitales apuntan a que esta nueva variante se multiplica más en la garganta, aunque la enfermedad no es más grave. Al parecer, esta variante tiene una ventaja adaptativa.

¿Qué supone este cambio?

Este cambio de letra se encuentra en la región donde se hallan las instrucciones para fabricar las proteínas de la espícula del coronavirus, las protuberancias que le dan esa forma de maza medieval y que sirve como llave para ingresar a las células humanas. Este cambio puede suponer un problema, pues las vacunas experimentales que se han ido avanzando, parten del virus de Wuhan, y si la proteína muta lo suficiente, las vacunas podrían no ser útiles.

Se han analizado 999 pacientes de un hospital de Sheffield (Reino Unido) para comprobar los genomas de la actual variante, y se llegó a la conclusión de que ésta tiene una mayor carga viral. Al parecer, la mutación benefició al virus. Es muy importante mantener una vigilancia de su evolución, sobre todo ahora que se busca una vacuna efectiva. Otra investigación, que estudió a 800 pacientes en Washington, sigue la misma línea.

Esta mutación se encuentra fuera de los dominios donde los anticuerpos neutralizarían al virus, pero lo alarmante es que si los niveles del virus son mucho más altos, se necesitaría que las vacunas generasen mayores niveles de anticuerpos, y eso puede ser un problema grave.

¿Por qué es más dominante esta nueva variante?

Para empezar, la variante ha sufrido hasta tres mutaciones que se asocian al cambio de letra en la posición 23.403 del genoma. La primera ocurrió el 20 de febrero en Italia, llegando al mes de marzo con un 10% cambiado; la segunda mutación se dio en marzo, con un 67% de 15.000 genomas analizados; y entre abril y mayo ya representaba el 80%. Cabe destacar que la variante G614 comenzó en Europa, y se fue expandiendo en Norteamérica, Oceanía y Asia.

Esta nueva variante es más dominante puesto que se multiplica más en las células humanas, ayudando así a su transmisión. Durante el periodo en el que la G614 se convirtió en la variante dominante en el mundo, el número de introducciones a otros países desde China –con la D614– disminuyó, mientras que las de Europa aumentaron. Esto se observa en la situación actual de Estados Unidos, donde más vidas se está cobrando el SARS-CoV-2. Sin embargo, aún quedan muchas preguntas sin resolver acerca de esta nueva variante.⁵

sinc

CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO PARA INCENTIVAR
EL USO DEL BARBIJO

06/07/2020

El señor que recrimina al adolescente por no llevar barbijo (que él lleva con la nariz fuera); el padre y la madre que miran con recelo a esos niños ‘desenmascarados’ junto a su hija (pero que en una terraza olvidan qué es un metro); la señora estricta con las normas (pero que recicla la mascarilla quirúrgica). No es tan fácil hacerlo bien, ni conseguir que se haga.

¿Multas por llevar mal el barbijo? ¿Por no lavarse las manos? “Muchas de las medidas más importantes ahora no son sancionables”, dijo el sociólogo Luis Miguel Miller Moya, del

⁵ Puede consultar el artículo completo, en inglés, haciendo clic [aquí](#).



Instituto de Políticas y Bienes Públicos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España.

Entonces, ¿qué? Entonces, ciencias del comportamiento. Esta disciplina a caballo entre la psicología y la economía, alimentada por los trabajos de premios Nobel de Economía como Daniel Kahneman y Richard H. Thaler, estudia por qué las personas hacen lo que hacen y cómo evitarlo o promoverlo.

En esta pandemia la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las ciencias del comportamiento son clave. “Nuestro éxito depende de que la gente esté informada, deseosa y con la capacidad de cumplir las medidas de salud pública”, dijo ya en abril Hans Henri Kluge, director regional de la OMS para Europa.

Muchos países han buscado apoyo en las ciencias del comportamiento con varios propósitos, desde fomentar las medidas de higiene hasta animar a los ciudadanos a descargar apps de seguimiento de contactos.

En España, sin embargo, esta disciplina aún no ha tenido su oportunidad. Para Pedro Rey Biel, experto en economía del comportamiento en la Escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE), “no se ha hecho suficiente investigación” para definir la mejor comunicación al público. Igual que en las campañas de publicidad, “uno de los problemas es encontrar el mensaje exacto en cada caso, y vale la pena invertir dinero en encontrarlo”.

El dinero no lo es todo

La cosa tiene su miga, recuerdan Rey Biel y Miller. Se trata de promover medidas que tienen un costo personal –los barbijos molestan, es difícil mantener la distancia– y cuyos beneficios no se sienten de manera inmediata –tu barbijo, sobre todo, protege a los demás–. Además, su eficacia depende de que mucha gente las adopte, y –como en el caso de las vacunas– aparece la figura del aprovechador: individuos que no se comprometen, pero se benefician del buen comportamiento ajeno.

También hay que consolidar los hábitos, sobre todo cuando el pico de la pandemia ha pasado y los ciudadanos no sienten el riesgo como inmediato. Y evitar que el foco en una de las medidas, quizás la más costosa, haga olvidar otras o genere una falsa sensación de seguridad. Los barbijos son importantes, pero lavarse las manos es insustituible.

Las ciencias del comportamiento deberían dar ideas sobre cómo conseguir los objetivos, identificando la miríada de factores que, a menudo sin que nos demos cuenta, influyen en nuestras decisiones. En la teoría económica tradicional, estos hilos de marioneta invisibles que tiran de nosotros en un sentido u otro están hechos de dinero: son los impuestos o las multas. Pero “el dinero no lo es todo”, recuerda Rey Biel.

Con los donantes de sangre, por ejemplo, no funciona. Es más, “si les pagas, destruyes su motivación principal, que es lo bien que se sienten al hacer algo bueno por los demás”, apunta este economista. En cambio sí sirve regalar un broche, que hace posible la recompensa en forma de reconocimiento social.

Humor (y más) para promover medidas

Cass R. Sunstein, director del departamento de Economía del Comportamiento y Políticas Públicas de la Universidad de Harvard (Estados Unidos), ha creado un acrónimo para la receta –en términos generales– que deberá guiar el mensaje sobre el comportamiento de los ciudadanos durante la pandemia: FEAST (traducible como fiesta o banquete).

EAST era ya un acrónimo conocido en el área: E de *easy* (fácil en inglés); A de atractivo; S de social; y T de tiempo. EAST fue acuñado hace unos años por investigadores pioneros en poner las ciencias del comportamiento al servicio del Gobierno, los británicos del Grupo de Ideas sobre el Comportamiento (*Behavioural Insights Team*, BIT).

Lo que quiere decir es que para los ciudadanos debe ser fácil seguir las indicaciones –poder comprar barbijos en todas partes y muy baratos–; que los carteles con mensajes deben ser atractivos; que el comportamiento promovido debe ser reforzado socialmente; y que hay que pensar bien el momento en que se lanza la campaña.

Sunstein añadió la F de *fun* (divertido), algo que a menudo se pasa por alto pero que en su opinión es importante para los humanos. En un artículo de opinión para Bloomberg recuerda un experimento de la Universidad de Stanford para promover el consumo de verdura: las etiquetas informativas sobre beneficios para la salud lograron un aumento de 14% en el consumo, frente al 24% atribuible a mensajes que enfatizaban el placer y la diversión.

“Una pandemia no es divertida. Pero los dirigentes pueden transmitir optimismo, sensación de unidad y esperanza, e incluir sonrisas en lugar de desesperanza, enfado, división y miedo”, escribía Sunstein a mediados de mayo sin referirse a ningún país en concreto.

Un pequeño empujón

Sunstein publicó en 2009, junto con Richard Thaler, el libro *Nudge*, traducido al español como *Un pequeño empujón*, un término que ha conquistado el área. Hace referencia a los estímulos que conscientemente se sitúan en el entorno o en los mensajes a los ciudadanos para guiar sus decisiones.

Algunos son trucos conocidos: las golosinas junto a la caja en el supermercado o la casilla marcada por defecto en el formulario. Otros son menos obvios y derivan de investigación experimental orientada no a vender un producto, sino a mejorar la educación o la salud de la población.

El éxito internacional de la mencionada BIT británica, creada en 2010 por el psicólogo David Halpern y también llamada *Nudge Unit*, puede entenderse como prueba de que la estrategia funciona.

En pocos años la BIT logró desde aumentar en millones de libras la recaudación de impuestos británica y el cobro de multas –con medidas tan aparentemente simples como enviar mensajes de texto personalizados a los deudores o cartas informándoles de que la mayoría de sus vecinos ya habían pagado–, hasta reducir la prescripción de medicamentos innecesarios.

Tras sus inicios como institución perteneciente al Gobierno, en 2014 se estableció como entidad independiente. Se define como “una compañía con fines sociales con oficinas en todo el mundo”, que solo en 2019 trabajó en 31 países.

“Es pionera”, explica Luis Miller. “Fue la primera y a partir de ahí se han creado más de 200 en todo el mundo. Del caso británico se puede aprender mucho: empezó como una oficina

dentro del Gobierno y más adelante se convirtió en una institución independiente en estrecha colaboración con el poder. Siempre he pensado que en España sería muy necesario”.

Tanto Rey Biel como Miller se extrañan que no haya una BIT en España. “No solo porque sea uno de los pocos países que no la tienen”, dice Miller, “sino porque algunos de los temas que más nos importan como sociedad son los que abordan las *Nudge Units*: cumplimiento fiscal, educación, bienestar, ambiente, etcétera”. Bancos y aseguradores en España –entre otras compañías privadas– ya cuentan con *Nudge Units*.

Durante la pandemia, la BIT británica emitió opiniones sobre cómo promover las medidas de higiene o el distanciamiento físico. Tratan de basar sus informes en datos cuantitativos. Por ejemplo, un análisis con 363 sensores en varias localidades británicas mostró que las interacciones a menos de dos metros entre peatones se redujeron en 95% en marzo, pero para principios de junio ya se acercaban más a la normalidad.

Más investigación experimental en España

En España no se han hecho estudios que midan el seguimiento real de las medidas, aunque sí hay “algunas buenas encuestas sobre apoyo ciudadano” a ellas, indica Luis Miller.

Él ha trabajado con la del Instituto de Estudios Sociales Avanzados (IESA-CSIC), ESPACOV, basada en 2.391 entrevistas realizadas entre el 4 y el 11 de abril. Muestran “algunos resultados muy interesantes, como que en ninguna de las medidas típicas de control de la pandemia hay diferencias en el grado de apoyo por ideología excepto una: el papel de las fuerzas armadas”.

Miller atribuye la falta de estudios conductuales en España a dos razones. Una es la última crisis: “La economía conductual fue muy importante a principios de siglo en España, se crearon laboratorios por todo el país y había financiación, pero llegó la crisis de 2008, muchos economistas conductuales emigraron y los laboratorios se cerraron. Todavía no se ha recuperado”.

Además, fuera del ámbito económico “el resto de los científicos sociales en España, también los que se han incorporado a labores en distintos gobiernos, han sido relativamente escépticos con la incorporación de nuevos análisis conductuales”, agrega Miller. “Han preferido seguir utilizando técnicas más tradicionales, como encuestas y entrevistas”.

Ni Miller ni Rey Biel defienden el *Nudge* como solución mágica. De hecho, en el Reino Unido la BIT también ha sido criticada recientemente al atribuírsele un papel en la decisión inicial –luego corregida– de no confinar a la población.

Pero lo cierto es que “todas las grandes instituciones internacionales están incorporando la perspectiva de las BIT”, explica Miller. Rey Biel, por su parte, pide más investigación experimental en España en el área. Por ejemplo, que las campañas, los mensajes, se pongan a prueba con grupos de población elegidos expresamente.

Al reto de la higiene, la etiqueta respiratoria y el distanciamiento social podría añadirse el de lograr que una parte importante de los ciudadanos se instalen una app de rastreo, si finalmente la medida sale adelante. Lo ocurrido en otros países, como Australia, donde pocos ciudadanos la han descargado, hace prever que no será fácil. Miller cree que sin una buena campaña informativa e incentivos atractivos no se conseguirá.

Arte relacionado con la salud



Mural en São Paulo, Brasil, que describe una lucha entre trabajadores de salud por un lado y el presidente Jair Messías Bolsonaro y un personaje que representa al SARS-CoV-2 por el otro, con un mensaje en portugués que dice: “¿De qué lado de la cuerda estás tú?”.

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.