



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

3 DE AGOSTO  
2020  
REC 2.349

## CÓRDOBA

- Analizan la ocupación de camas críticas para decidir restricciones por la COVID-19

## ARGENTINA

- Vigilancia de rabia animal (en murciélagos)
- Se superaron los 200.000 casos de COVID-19

## AMÉRICA

- América Latina y el Caribe: Salud y economía, una convergencia necesaria para enfrentar la COVID-19

- Estados Unidos: Brotes de infecciones por *Salmonella* relacionadas con aves de corral domésticas

- Estados Unidos: Primera infección por el virus de la influenza A(H3N2)v desde 2018

- Francia – Guayana Francesa: Caso autóctono de fiebre amarilla

## EL MUNDO

- La COVID-19 en el mundo

- India: Cerca de 100 muertos por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas en Punjab

- Pakistán: Reportan una muerte por rabia en Narowal

- Reino Unido: Registran el primer caso de babesiosis en el país

- República Democrática del Congo: Siguen en aumento los casos de sarampión

- Un estudio confirma la transmisión del SARS-CoV-2 a través de aerosoles

## PUNTO DE VISTA

- La COVID-19 provocará una inmunidad social que puede protegernos de la próxima pandemia

### 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



Tanto la provincia de Córdoba como la nación siguen de cerca uno de los marcadores más sensibles de la pandemia de COVID-19: la ocupación de camas críticas. El ministro de Salud provincial, Diego Cardozo, aseguró que “es uno de los principales indicadores para tener en cuenta hoy”, a la hora de decidir futuras restricciones.

“Uno de los parámetros más contundentes para evaluar algún tipo de restricción es la disponibilidad de camas. Hoy tenemos una apertura de más de 95% de las actividades. Sabemos que la movilidad de la gente va a generar un aumento de casos. Por el momento, podemos contener los brotes que se están dando principalmente en el interior”, informó.

El funcionario indicó que se mantiene baja la ocupación de camas críticas destinadas a la pandemia, aunque reconoció que, para el resto de las patologías, el porcentaje ronda 80%. Y que en la ciudad de Córdoba este índice es mayor.

“Si bien hemos registrado un aumento en la demanda de internación por COVID-19, este incremento no se dio en forma sustancial. La mayoría de los contagios se dieron en personas de entre 20 y 40 años, por reuniones sociales. Pero además creció sobremanera el aislamiento de casos positivos en dispositivos intermedios”, agregó.

Según cifras oficiales, apenas 3% de los casos activos (que no llegaron a cumplir los 14 días de aislamiento) permanecen internados. El 60% es abordado en instituciones intermedias (albergues, hoteles y clubes). Y el resto se recupera en sus domicilios.

La cantidad de pacientes controlados en dispositivos intermedios aumentó de 125 a 607 en 21 días, según el último reporte epidemiológico. En estos lugares alternativos, las personas reciben asistencia médica y sería uno de los motivos por los cuales no se dio la saturación del sistema, informó Cardozo.

## Capacidad real

Según datos del Ministerio de Salud provincial, el sistema público cordobés cuenta con 785 camas con respiradores, de las cuales 433 están destinadas a la pandemia. El sector privado tiene 736 camas con respiradores, de las cuales 350 son para COVID-19.

El Registro Federal de Establecimientos de Salud detectó –al 17 de julio– 345 unidades de terapia intensiva para adultos en el sector público de Córdoba y 706 en el privado. El reporte nacional, que forma parte del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, registra el total de camas habilitadas en el momento. Para el cálculo, no se tuvieron en cuenta las instituciones de internación de adultos mayores ni las de salud mental.

“Una cama operativa es la que cuenta con la tecnología necesaria y con el personal suficiente. En estos últimos meses se compraron más respiradores, pero siguen siendo escasos los profesionales especializados. Los recursos humanos no pueden crecer de un día para el otro”, informó Rosa Reina, presidenta de la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva.

La especialista realizó una distinción entre las camas críticas destinadas a la COVID-19 y aquellas que asisten otras patologías. En las segundas, el porcentaje de ocupación a nivel nacional ronda entre 90 y 100%, producto de la restitución de las cirugías que se venían posponiendo. “Los pacientes concurren más tarde a consulta. Ingresan con situaciones más críticas”, advirtió.

Respecto de las terapias destinadas a la COVID-19, Reina indicó que muchas instituciones ya están usando las camas que tenían de reserva. Y advirtió que estos pacientes permanecen más tiempo internados, con lo cual “no sería conveniente esperar a tener una ocupación de 80% para ordenar nuevas restricciones”. Aclaró que en esta decisión intervienen múltiples factores, como la necesidad de la gente de relacionarse con sus pares.

### **Arma de doble filo**

En Córdoba, el promedio de ocupación en las terapias que no están destinadas a la COVID-19 es de 80%, informó Cardozo. Pero aclaró que, en la ciudad de Córdoba, la cifra es superior.

“Las terapias polivalentes tienen hoy una alta ocupación y la misma demanda que años anteriores. Hace un mes habilitamos las consultas prevalentes. Aumentaron las cirugías traumatólogicas, por infartos y por cáncer. Y volvimos a la misma casuística de accidentes de tránsito, que habían bajado durante la fase 1. También aumentaron los heridos de arma blanca y de fuego”, indicó.

Eduardo Pereyra, delegado del Hospital ‘Tránsito Cáceres de Allende’ por la Asociación de Trabajadores de la Sanidad, indicó que las 10 camas de terapia que hoy se encuentran operativas se llenan con pacientes que salen de cirugía. Y que la misma situación se vive en el Hospital ‘Córdoba’ y en el Hospital ‘Nuestra Señora de la Misericordia’ del Nuevo Siglo, todos de la capital provincial.

En relación con las camas críticas destinadas a la COVID-19, Cardozo informó una ocupación de 1%. “Creo que la base está en la articulación que supimos encontrar con dispositivos intermedios y pacientes que se recuperan en sus domicilios”.

El ministro informó que la Provincia unificó las camas públicas con las privadas a través de una mesa de coordinación de traslados de pacientes con el objetivo de evitar la saturación de instituciones y de mejorar la respuesta en la derivación. Pero advirtió que el sistema puede saturarse si aumentan los contagios en instituciones cerradas, como geriátricos, cárceles, neuropsiquiátricos y centros de rehabilitación.

También aclaró que será decisivo el compromiso social: “Tener una baja ocupación en camas críticas puede ser un arma de doble filo. La gente puede pensar que está todo bien y no toma magnitud del problema. Si nos descuidamos, la situación se puede complicar”, finalizó.

### **Un indicador delicado**

“Definir el endurecimiento o la flexibilización de una cuarentena con base en la ocupación de camas críticas puede ser muy complicado”, aseguró Zulma Milena Cucunubá Pérez, epidemióloga colombiana del Imperial College de Londres.

Esta institución modeló una estrategia de cuarentena o supresión intermitente –entrar y salir de un aislamiento físico estricto– tomando como referencia este indicador.

La especialista explicó que, para ello, las autoridades deben tener la capacidad de predecir la demanda en las terapias intensivas con tres semanas de anticipación, debido a que existe un retraso en el desarrollo de la infección desde que el sistema lo detecta hasta que requiere internación.

Lograr esa capacidad predictiva no es fácil. “No se puede esperar que el sistema esté por colapsar para decidir una cuarentena estricta, porque ya será demasiado tarde. Los reportes de muerte tienen un retraso de tres a cuatro semanas. Es decir que las muertes de ahora representan la transmisión de hace tres o cuatro semanas”, explicó Cucunubá.

Sin embargo, la epidemióloga aclaró que “grandes períodos de supresión o cuarentena podrían ser difíciles de alcanzar en países de baja renta”.

### Las últimas estadísticas

El Ministerio de Salud confirmó el 2 de agosto 86 nuevos casos de COVID-19, de los cuales 41 tienen domicilio en la ciudad de Córdoba (Capital), 14 en Marcos Juárez (Marcos Juárez), 13 en Los Surgentes (Marcos Juárez), siete en Oliva (Tercero Arriba), tres en Villa María (General San Martín), dos en Oncativo (Río Segundo), uno en Bell Ville (Unión), uno en General Fotheringham (Tercero Arriba), uno en General Roca (Marcos Juárez), uno en Monte Buey (Marcos Juárez), uno en Villa Carlos Paz (Punilla) y uno importado (Bolivia).

Del total de casos, 72 están vinculados a contactos estrechos de casos confirmados anteriormente, 13 se encuentran en investigación (12 de la ciudad de Córdoba y uno de Villa Carlos Paz) y uno es importado (ciudadano de Bolivia diagnosticado en Jesús María).

Por otra parte, el 2 de agosto se notificó un caso al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) correspondiente a una persona con residencia en provincia de Buenos Aires, pero con domicilio legal en Villa Dolores.

De esta manera, la provincia de Córdoba registra a la fecha un total de 87 casos nuevos y un acumulado de 2.430 casos.

En la jornada se notificó un fallecimiento por COVID-19 en la provincia, correspondiente a una mujer de 60 años, cuyo diagnóstico se confirmó el pasado 22 de julio. Se encontraba internada y presentaba antecedentes de patologías previas.

Desde el inicio de la pandemia hasta la fecha, en la provincia de Córdoba se realizaron 129.926 testeos de reacción en cadena de la polimerasa (PCR). Esto resulta en una tasa de

Departamento	Casos	Incidencia 100.000 hab	Localidades afectadas
Capital	1.089	71,96	1
Marcos Juárez	323	270,93	9
Tercero Arriba	297	238,72	5
San Javier	146	240,27	5
Río Segundo	129	109,75	7
Colón	127	49,72	10
General San Martín	96	66,13	6
Punilla	57	28,25	11
Santa María	47	42,53	7
San Alberto	32	76,17	4
Río Cuarto	20	7,14	4
San Justo	16	6,86	5
Unión	14	11,67	7
Río Primero	7	13,17	2
Calamuchita	6	9,63	3
Juárez Celman	6	8,64	1
Cruz del Eje	3	4,47	2
General Roca	3	7,38	1
Presidente Roque Sáenz Peña	3	7,28	1
Totoral	1	4,77	1
<b>Total provincia de Córdoba</b>	<b>2.422</b>	<b>64,41</b>	<b>92</b>
Provincia de Buenos Aires	1		
Provincia de Mendoza	1		
Provincia de Santa Fe	1		
Provincia de San Luis	1		
En tránsito	4		
<b>Total de atendidos en la provincia</b>	<b>2.430</b>		

**Tabla 1.** Casos confirmados, tasa de incidencia cada 100.000 habitantes y localidades afectadas, según departamento. Provincia de Córdoba. Año 2020, hasta el 2 de agosto. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

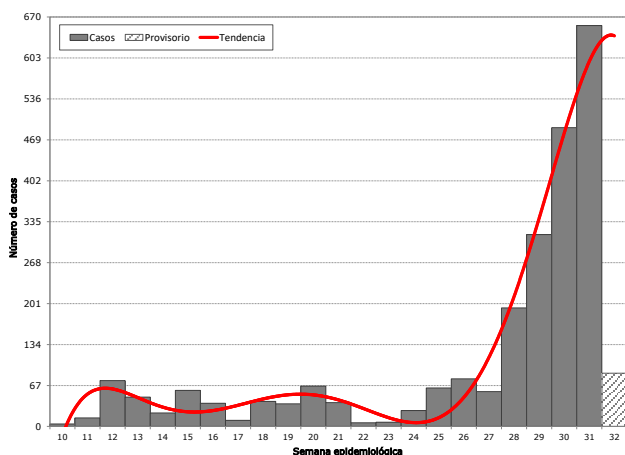
34.550 estudios con PCR cada millón de habitantes. El 2 de agosto se efectuaron 2.816 estudios, de los cuales 1.206 fueron PCR y 1.610 test serológicos.

Se mantiene para la ciudad de Córdoba la fase de transmisión comunitaria.

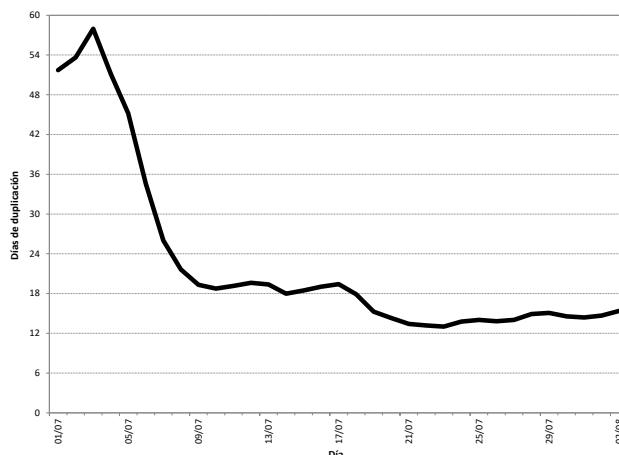
Desde el comienzo de la pandemia, en la provincia se notificaron 35.129 casos, de los cuales 32.261 se descartaron y 2.430 se confirmaron.

De esas 2.430 personas, 1.551 (63,82%) se encuentran en tratamiento ambulatorio con aislamiento domiciliario; 115 (4,73%) en tratamiento ambulatorio en instituciones intermedias; 106 (4,36%) en tratamiento hospitalario (internados), 50 (2,05%) fallecieron y 38 (1,56%) se encuentran en investigación porque corresponden a casos con residencia en otras provincias y en Brasil, de quienes no se cuenta con 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 54%.



**Gráfico 1.** Casos confirmados, según semana epidemiológica. Córdoba. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 32. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.



**Gráfico 2.** Intervalo de duplicación de casos. Córdoba. Año 2020, del 1 de julio al 2 de agosto. Fuente: Ministerio de Salud de Córdoba.

# Argentina

BOLETÍN INTEGRADO  
DE VIGILANCIA

VIGILANCIA DE RABIA ANIMAL  
(EN MURCIÉLAGOS)

05/05/2020

No se registraron casos confirmados de rabia en murciélagos en 2020, hasta la semana epidemiológica 15. La notificación de casos sospechosos cayó 78,72% respecto del año anterior.

Provincia/Región	2019		2020	
	Notificados	Confirmados	Notificados	Confirmados
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	11	11	—	—
Buenos Aires	116	57	26	—
Córdoba	6	4	11	—
Entre Ríos	3	2	—	—
Santa Fe	5	3	3	—
Centro	141	77	40	—
Mendoza	1	1	—	—
Cuyo	1	1	—	—
Jujuy	2	—	—	—
Noroeste Argentino	2	—	—	—
Chubut	9	1	—	—
La Pampa	35	9	—	—
Río Negro	—	1	—	—
Sur	44	11	—	—
Total Argentina	188	89	40	—

**Tabla 2.** Casos notificados y confirmados, según provincia y región. Argentina. Años 2019/2020, hasta semana epidemiológica 15. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.<sup>1</sup>

infobae

SE SUPERARON LOS 200.000 CASOS DE COVID-19

02/08/2020

El Ministerio de Salud de Argentina informó el 2 de agosto que durante las últimas 24 horas se registraron 52 muertes y 5.376 nuevos casos de COVID-19. Con estos datos, el total de infectados en todo el país asciende a 201.919 y las víctimas fatales suman 3.648.

Del total de esos casos, 1.123 (0,6%) son importados, 56.975 (28,2%) son contactos estrechos de casos confirmados, 110.459 (54,7%) son casos de circulación comunitaria y el resto se encuentra bajo investigación epidemiológica.

Las 52 nuevas muertes se registraron en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) (7 casos) y en las provincias de Buenos Aires (37), Mendoza (4), Santa Fe (2), Chaco (1) y Córdoba (1).

Según los últimos datos disponibles, hay 1.122 personas internadas en unidades de terapia intensiva. El porcentaje de ocupación total de camas llega a 55,5% a nivel nacional y a 65,2% en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

La secretaria de Acceso a la Salud de la Nación, Carla Vizzotti, informó que desde el 4 de agosto regirá nuevamente la prohibición de los encuentros sociales en todas las provincias que los tenían habilitados.

“Hasta el 16 de agosto se suspenderán y restringirán las reuniones sociales en todo el territorio nacional, para que allí donde hay brotes se puedan controlar y donde no hay y sí hay cir-

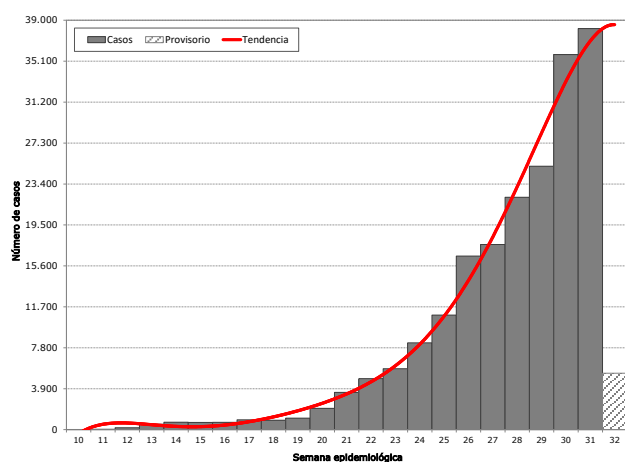
<sup>1</sup> Los casos notificados incluyen casos sospechosos, probables, confirmados y descartados. Se listan solamente las provincias y regiones que han notificado casos.

culación por las diferentes actividades autorizadas, podamos minimizar la posibilidad de tener un brote en relación a la responsabilidad individual”, explicó la funcionaria.

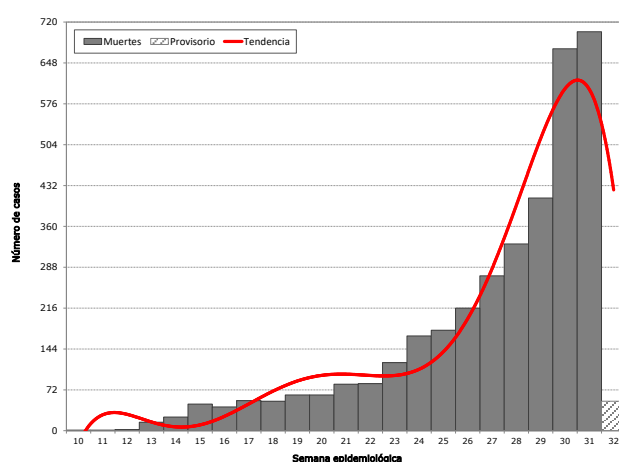
Y agregó: “Si alguien tiene que encontrarse con amigos, sobre todo en las áreas donde está autorizado, es mucho mejor que lo hagan en un parque a dos metros de distancia sin compartir ni la cerveza ni el mate, durante 15 o 20 minutos, a que se junten en una casa en un ambiente cerrado sin barbijo”.

Explicó, a su vez, que las provincias que pasaron a la fase de distanciamiento físico, preventivo y obligatorio presentan un aumento progresivo de actividades, protocolos, controles y monitoreos, que conlleva un incremento en el flujo de circulación de las personas.

A la fecha, el total de altas es de 89.026 personas. El 1 de agosto fueron realizadas 13.057 nuevas pruebas diagnósticas para esta enfermedad, 736.007 desde el inicio del brote, lo que equivale a 16.219,9 muestras cada millón de habitantes. El número de casos descartados hasta el 1 de agosto es de 423.123 (por laboratorio y por criterio clínico/epidemiológico).



**Gráfico 3.** Casos confirmados y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.



**Gráfico 4.** Muertes confirmadas y tendencia. Argentina. Año 2020, semanas epidemiológicas 10 a 32. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

# América



AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE  
SALUD Y ECONOMÍA, UNA CONVERGENCIA  
NECESARIA PARA ENFRENTAR LA COVID-19

31/07/2020

El primer aviso de la tragedia fueron los cadáveres abandonados en las calles de Guayaquil, en Ecuador, desde fines de marzo. Luego vendrían las tumbas colectivas en la brasileña Ma-



naus y contenedores refrigerados para conservar los muertos en varias ciudades, y ahora volvieron los muertos en las calles, esta vez en Bolivia.

La COVID-19 se propagó aceleradamente en América Latina y el Caribe desde entonces y se acercan a 200.000 sus víctimas fatales, según datos oficiales que se consideran

subestimados. La mitad de los ocho países con más casos de contagio registrados en el mundo pertenece a la región, como también un tercio de los 15 países con más muertos.

La pandemia se diseminó de forma y en velocidad muy dispares entre los países y dentro de los territorios nacionales, en concordancia con la desigualdad social de que la región es campeona mundial.

Pocos países lograron bajar el promedio de casos nuevos y de muertes y no se puede asegurar que los que lo hicieron haya sido de forma sostenible. En general se vive aún la expansión de la pandemia, aunque algunos países parecen haber estabilizado el promedio de decesos diarios, aunque en una cota elevada: poco más de 1.000 en Brasil y unos 200 en Perú, por ejemplo.

Brasil concentra 48% del total de muertos regionales hasta el 31 de julio, pero Perú registra el mayor índice, con 588 decesos por la COVID-19 cada millón de habitantes, seguido de Chile, con 493, y Brasil, con 432.

Los datos divulgados por las autoridades sanitarias son poco confiables y comparables, por los distintos criterios estadísticos y escasez de diagnósticos, pero la cantidad de muertos, aunque subregistrada, indica una tendencia y un acercamiento a la realidad, ya que es difícil ocultar cadáveres.

La COVID-19 se propagó con fuerza en la región, entre otros factores, porque encontró “sistemas de salud subfinanciados, segmentados y fragmentados, con presupuestos lejos de la meta de 6% del producto bruto interno (PBI) recomendado por la Organización Panamericana de Salud (OPS), limitados a 3,7%”, señaló Alicia Bárcena Ibarra, secretaria ejecutiva de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Además, 54% de los trabajadores ocupados, es decir 158 millones, están en el mercado informal, sin seguro de desempleo, y sin condiciones de aislarse, porque tienen que trabajar para obtener algún ingreso cada día, acotó.

La pandemia genera una “triple crisis”, en el sistema de salud, en la protección social y la economía, destacó la directora de la OPS, Carissa Faustina Etienne, al hablar desde Washington en la comparecencia compartida con Bárcena para lanzar el informe CEPAL/OPS *Salud y Economía: una convergencia necesaria para combatir la COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible*.

Brasil, en realidad, vive también una crisis política agravada por la confrontación entre el gobierno central, presidido por el ultraderechista Jair Messías Bolsonaro, y la mayoría de los gobernadores de sus 27 estados. El presidente se opone al aislamiento social impuesto por los gobernadores como forma de contener la pandemia y presiona por la reanudación de todas las actividades económicas.



El país ocupa el segundo lugar mundial, luego de Estados Unidos, en cantidad de infectados, más de 2,6 millones, y muertos, 91.263, al 30 de julio, según los registros oficiales. Desde el comienzo de junio mueren por COVID-19 un promedio diario de 1.000 brasileños.

Pero no fue Bolsonaro el principal factor del “fracaso” brasileño, sino “la falta de coordinación y planificación nacional” y una orientación equivocada, que abandonó la atención básica y los preceptos de la salud pública, según puntualizó el epidemiólogo Eduardo Costa, asesor de Cooperación Internacional de la Escuela Nacional de Salud Pública, en Rio de Janeiro.

“Brasil tiene 286.000 agentes de salud en su Sistema Único de Salud (SUS), pero ellos fueron dispensados, prácticamente desmovilizados” en la lucha contra esa pandemia, que se concentró “exclusivamente en los hospitales”, dijo.

De esa forma, se abandonó el rastreo y la búsqueda activa de los infectados y sus allegados, para aislarlos y así romper la cadena de transmisión de la COVID-19. “Ese es el mecanismo central para controlar las epidemias”, explicó.

Por eso el alabado SUS, apuntado como uno de los factores decisivos de Brasil contra la COVID-19, “fue incapaz de superar las dificultades creadas por Bolsonaro”, según Costa.

Se habló mucho de ampliar el testeo, ya que Brasil es uno de los países que menos aplicó exámenes de diagnóstico para la COVID-19, pero la cantidad por sí sola no resulta eficaz. “Hay que usarlos para prevenir el contagio, como hicieron países exitosos en la tarea, como Alemania y Corea del Sur”, ejemplificó.

“Sería muy útil consolidar los servicios de salud primaria, como las unidades comunitarias, los médicos de familia y los agentes de salud, desactivados incluso por la recomendación de quedarse en la casa y solo buscar asistencia médica en casos graves”, acotó.

Recomendaciones como esa incrementaron la mortalidad por otras enfermedades, las muertes en el hogar y la búsqueda tardía de cuidados.

“Aplicar esa inteligencia epidemiológica es indispensable para la vuelta a las escuelas y la reactivación de la economía”, sostuvo.

Tampoco Perú logra hacer varias semanas bajar el promedio de muertes. “La enorme cantidad de trabajadores informales que se aglomeran en los mercados callejeros es un factor de esa mortandad”, señaló José Eduardo Gotuzzo Herencia, médico infectólogo, profesor emérito de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Una cuarentena de 110 días tuvo éxito al comienzo, pero luego el contagio y la mortalidad aumentaron gradualmente. Las muertes se estabilizaron en cerca de 200, desde mediados de junio, sin lograr desescalar desde esa meseta.

“El aislamiento fue parcial, solo en las noches de 20:00 a 05:00 horas, y total los domingos”, explicó Gotuzzo, quien dirigió durante 22 años el Instituto de Medicina Tropical ‘Alexander Von Humboldt’ y forma parte del comité de expertos que asesora el gobierno en la pandemia. Algunas ciudades mantienen el confinamiento, mientras otras lo suspendieron.

“Para los informales no hay cuarentena posible”, sostuvo el médico.

“Además, un servicio de salud sin organización nacional y el mal manejo de la pandemia en las regiones, con dirigentes mal informados, contribuyeron al desastre”, acotó.

Y la ayuda gubernamental a los informales, para paliar las pérdidas, provocó “colas gigantes cas delante de los bancos, acarreo nuevos problemas y amplió el contagio”, lamentó.

“La pandemia, que llegó transportada por migrantes peruanos que regresaron al país desde España e Italia, se agravó porque se extendió por Lima al norte y a la Amazonia, luego a las zonas altas andinas, donde no había casos al inicio”, recordó. “Lima sigue en situación crítica”, evaluó.

La CEPAL prevé una “abrupta recesión” este año, con un producto regional que caerá al menos 9,1%. Los 45,4 millones de nuevos pobres, elevará a 230,9 millones los latinoamericanos sometidos a la pobreza, de los cuales 96,2 millones, o 15,5% de la población total, en la extrema pobreza.

Un ingreso básico de emergencia durante seis meses, a un costo de 2% del PBI, subsidios a 2,6 millones de microempresas y otras amenazadas de quiebra, son algunas propuestas de la CEPAL y la OPS para zanzar la crisis.

Pero “sin controlar la pandemia es imposible pensar en la reactivación económica”, advirtieron las dirigentes de esas dos agencias regionales de la Organización de Naciones Unidas.



## ESTADOS UNIDOS

### BROTOS DE INFECCIONES POR *SALMONELLA* RELACIONADAS CON AVES DE CORRAL DOMÉSTICAS

29/07/2020

Desde el 24 de junio de 2020, se han registrado 473 nuevos casos de infección por *Salmonella enterica enterica* de los serotipos Braenderup, Muenchen, Thompson y Typhimurium.

Hasta el 28 de julio de 2020, un total de 938 personas infectadas con una de estas cepas de *Salmonella* han sido reportadas en 48 estados: Kentucky (57 casos), Tennessee (43), Georgia (38), New York (38), North Carolina (38), Pennsylvania (37), California (35), Michigan (35), Illinois (34), Ohio (29), Virginia (29), Colorado (28), Missouri (28), South Carolina (28), Florida (24), Arizona (23), Texas (23), Indiana (22), Massachusetts (21), Arkansas (20), Oregon (20), Nebraska (19), Washington (19), Kansas (17), Maryland (17), Wisconsin (17), Alabama (16), Iowa (16), Montana (16), South Dakota (16), Minnesota (15), Mississippi (13), New México (13), Utah (13), Connecticut (11), New Hampshire (10), Oklahoma (10), Maine (9), North Dakota (7), Idaho (6), Vermont (6), Wyoming (6), New Jersey (5), Nevada (4), West Virginia (3), Alaska (2), Delaware (1) y Louisiana (1).

Las fechas de inicio de los síntomas van del 14 de enero al 14 de julio de 2020. La edad de los enfermos varía de menos de 1 año a 94 años, con una edad media de 32 años. El 56% son mujeres. De 461 personas con información disponible, 151 (33%) han sido hospitalizadas. Se ha reportado una muerte en Oklahoma.

Algunas infecciones relacionadas con estos brotes pueden ser difíciles de tratar con los antibióticos comúnmente recomendados y pueden requerir una elección diferente. La secuenciación del genoma completo realizada en la bacteria *Salmonella* aislada de 597 casos reveló resistencia a los antibióticos a uno o más de los siguientes antibióticos: tetraciclina (63,5%), estreptomycin (63,4%), sulfisoxazol (4,4%), ampicilina (4,0%), fosfomicina (2,8%), trimetoprima-sulfametoxazol (2,6%), amoxicilina-ácido clavulánico (1,4%), cefoxitina (1,4%), ceftriaxona

(1,4%), gentamicina (1,2%), cloranfenicol (0,8%), kanamicina (0,4%) y ciprofloxacina (0,1%). No se observó resistencia a antibióticos prevista en 249 aislamientos (29,4%).

La evidencia epidemiológica y de laboratorio muestra que el contacto con aves de corral (como polluelos y patitos) de traspatio es la fuente probable de estos brotes.

En las entrevistas, las personas enfermas respondieron preguntas sobre el contacto con animales en la semana previa al inicio de los síntomas: de 409 personas entrevistadas, 303 (74%) reportaron contacto con polluelos y patitos antes de enfermarse.

Las pruebas a aves de corral de traspatio y su entorno (como gallineros de traspatio) en Kentucky y Oregon encontraron tres de las cepas del brote.

Las personas enfermas informaron haber comprado aves de corral de muchas fuentes, incluidas tiendas agrícolas, sitios web y criaderos. Ninguna cadena de tiendas o planta de incubación representa todos los casos.

Esta [investigación](#) está en curso, y los CDC proporcionarán actualizaciones cuando haya más información disponible.



*ESTADOS UNIDOS*

PRIMERA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE  
LA INFLUENZA A(H3N2)V DESDE 2018

*01/08/2020*

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos informaron una infección humana con una variante del virus de la influenza A(H3N2) [A(H3N2)v] en Hawai'i esta semana.

El paciente es un menor de 18 años de edad, que no fue hospitalizado y se ha recuperado de su enfermedad. Si bien hasta la fecha no se ha informado exposición a cerdos, se está investigando la fuente de la infección del paciente.

Según los funcionarios, esta es la primera infección por el virus de la influenza A(H3N2)v detectada en Estados Unidos desde 2018.

Cuando se detecta en una persona un virus de la influenza que normalmente circula en los cerdos (pero no en las personas), se le llama "variante del virus de la influenza". Por ejemplo, si se detecta un virus A(H3N2) de influenza porcina de origen porcino en una persona, ese virus se denominará "virus variante del A(H3N2)" o "virus A(H3N2)v".

Con mayor frecuencia, las infecciones humanas con variantes del virus influenza han ocurrido en personas expuestas a cerdos infectados (por ejemplo, niños cerca de cerdos en una feria o trabajadores de la industria porcina). Además, se han documentado casos de múltiples personas que se enferman después de la exposición a uno o más cerdos enfermos. También se han producido casos de propagación limitada de variantes del virus de persona a persona.

El 23 de julio de 2020, el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Francia informó un caso autóctono confirmado de fiebre amarilla en un joven de 14 años en Guayana Francesa. El 17 de julio de 2020, el caso fue confirmado por laboratorio en el Centro Nacional de Referencia francés para arbovirus, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur', en Cayenne.

El caso tenía una discapacidad grave y desarrolló síntomas similares a los del dengue el 12 de julio. El 16 de julio, fue hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos en Cayenne, Guayana Francesa, con trastornos de la conciencia e insuficiencia hepática aguda, y murió el 19 de julio.

El historial de vacunación del caso en el Centro de Bienestar de la Madre y el Niño mostró evidencia de vacunación contra la fiebre amarilla a la edad de 18 meses, sin embargo, esto no fue confirmado por su carné de vacunación. Además, no hubo evidencia de la dosis de refuerzo recomendada como se recomienda en Guayana Francesa para niños de entre 6 y 10 años de edad que fueron vacunados antes de los 2 años. Una serología inicial realizada por el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' mostró la ausencia de anticuerpos detectables.

El paciente vivía en el pueblo de Cayodé, comuna de Maripasoula, en Guayana Francesa, sin antecedentes de viajes fuera del pueblo, el cual está ubicado en el corazón de la selva amazónica, a orillas del río, de una a dos horas en piragua desde la ciudad de Maripasoula. Según los resultados preliminares de la investigación epidemiológica, el lugar probable de infección es Maripasoula, Haut-Maroni, en Guayana Francesa.

Se realizó una prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) en el Centro Nacional de Referencia francés para arbovirus, el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Cayenne, y fue positiva tanto para fiebre amarilla como para COVID-19.

La cobertura de vacunación en la Sección de Haut Maroni se estima entre 95 y 100% (97,9% en la comuna de Maripasoula).

Las investigaciones epidemiológicas están casi completas, incluida una evaluación del estado de vacunación de los habitantes de Cayodé y Haut Maroni, con el fin de encontrar personas que no estén vacunadas o tengan dudas sobre su estado de vacunación.

*Aedes aegypti*, un vector urbano para el virus de la fiebre amarilla, está ampliamente presente en Guayana Francesa.

Este es el tercer caso confirmado de fiebre amarilla diagnosticado desde 2017, y el primer caso documentado de coinfección con COVID-19 y fiebre amarilla en Guayana Francesa.

### Respuesta de salud pública

- Medidas de control de vectores alrededor de la zona de riesgo (alojamiento y servicios de salud).
- La encuesta entomológica está en curso y se iniciaron intervenciones de control antivectorial por parte de la Colectividad Territorial de Guayana Francesa.

- Promover la vacunación de personas susceptibles, especialmente en el área de la Amazonía, los migrantes y otras poblaciones vulnerables. Difusión de información a los trabajadores de la salud para crear conciencia sobre la fiebre amarilla y la COVID-19.
- Publicación de un comunicado de prensa para la sensibilización local el 22 de julio de 2020.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

La fiebre amarilla es una enfermedad hemorrágica viral aguda que tiene el potencial de propagarse rápidamente y causar un grave impacto en la salud pública en la población no inmunizada. La vacunación es el medio más importante para prevenir la infección.

Guayana Francesa se considera en riesgo de transmisión de fiebre amarilla. La cobertura de vacunación en el departamento es muy alta y se espera que proteja contra brotes a gran escala; sin embargo, la cobertura en algunas poblaciones específicas (especialmente del área amazónica) podría ser subóptima y, por lo tanto, con riesgo de infecciones por fiebre amarilla.

Como varios países y territorios en las áreas endémicas de fiebre amarilla también experimentan una transmisión intensa del SARS-CoV-2, pueden ocurrir otros casos de coinfección. Del mismo modo, la cocirculación del virus de la fiebre amarilla y el SARS-CoV-2 en áreas con altas tasas de ocupación de camas en las unidades de cuidados intensivos, plantea un desafío adicional para el manejo de casos y las actividades de prevención y control de infecciones.

Con la circulación global del virus que causa la COVID-19, existe el riesgo de que se interrumpa el acceso a la atención médica debido a la carga relacionada con COVID-19 sobre el sistema de salud y los trabajadores de la salud. La pandemia también ha llevado a una disminución de la demanda de atención médica y a las actividades de vacunación de rutina debido a los requisitos de distanciamiento físico. Un aumento en el número de casos de fiebre amarilla u otras enfermedades prevenibles por vacunación puede dar lugar a una mayor morbilidad y mortalidad, predominantemente en los lactantes pequeños y otros grupos vulnerables.

Otro aspecto en consideración a la luz de la actual pandemia de COVID-19, es la capacidad de los laboratorios locales y nacionales de referencia para procesar muestras, debido a la sobre demanda en el procesamiento de muestras de COVID-19. Hasta el 25 de julio, Guayana Francesa informó 7.251 casos de COVID-19 y 41 muertes.

## **Consejos de la OMS**

La cobertura de vacunación debería mejorarse, particularmente entre las personas que viven y trabajan en la selva, que están expuestas durante el día a los vectores selváticos. También debería mejorarse en los migrantes y otras poblaciones vulnerables que son más susceptibles a no estar vacunados y viven en áreas urbanas densamente pobladas (con riesgo de transmisión local urbana), o participan en actividades ilegales en la selva (con riesgo de casos esporádicos o clústeres en un contexto selvático).

La fiebre amarilla es endémica en Guayana Francesa. Este informe ilustra la importancia de mantener la conciencia de la necesidad de la vacunación contra la enfermedad, especialmente en áreas con ecosistemas favorables para su transmisión.

La OMS recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla al menos 10 días antes del viaje para todos los viajeros internacionales a Guayana Francesa, a partir de los nueve meses de edad. Guayana Francesa también requiere un certificado de vacunación contra la fiebre amarilla para los viajeros mayores de un año.

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura, altamente efectiva y brinda protección de por vida. De conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005), tercera edición, la validez del certificado internacional de vacunación contra la fiebre amarilla se extiende a la vida de la persona vacunada. No se puede exigir una dosis de refuerzo de esta vacuna a los viajeros internacionales como condición de entrada.

Si bien los países tienen diferentes esquemas de vacunación, la [Agencia de Salud Regional de Guayana Francesa](#) recomienda que los niños vacunados antes de su segundo cumpleaños requieran una dosis de refuerzo entre los 6 y 10 años de edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado [principios rectores para las actividades de inmunización durante la pandemia de COVID-19](#) y actualmente está desarrollando orientación operativa específica para llevar a cabo campañas de vacunación masiva en el contexto de la COVID-19. Cuando las condiciones lo permitan, la [Estrategia para Eliminación de epidemias de Fiebre Amarilla \(EYE\)](#) apoyará la reanudación rápida de las actividades preventivas de la fiebre amarilla de acuerdo con la guía de la OMS.

La OMS alienta a sus Estados Miembros a tomar todas las medidas necesarias para mantener a los viajeros bien informados sobre los riesgos y las medidas preventivas, incluida la vacunación. También se debe informar a los viajeros sobre los síntomas y signos de la fiebre amarilla, y se les debe pedir que busquen consejo médico rápidamente cuando presenten signos. Los viajeros que regresan a Guayana Francesa que pueden estar infectados con fiebre amarilla pueden presentar un riesgo para el establecimiento de ciclos locales de transmisión de fiebre amarilla en áreas donde el vector competente está presente.

La OMS no recomienda ninguna restricción sobre viajes y comercio a Guayana Francesa sobre la base de la información disponible.

## El mundo

EFE:

REUTERS  
THE EXPRESS  
TRIBUNE

LA COVID-19 EN EL MUNDO

02/08/2020

### Rápido aumento de casos y muertes en Colombia

Colombia sumó el 28 de julio 10.284 casos de COVID-19, la primera vez que pasa de los 10.000 contagios en un solo día, y registró 297 muertes por la pandemia que avanza sin freno en el país. El país llegó en esa fecha a 267.385 infectados y 9.074 fallecidos.

La pandemia crece especialmente en Bogotá, donde a pesar de los esfuerzos y campañas de las autoridades, el 28 de julio se contabilizaron 4.552 contagiados y 85 fallecidos.

Esos datos elevan a 91.408 los casos y a 2.392 los decesos en la capital colombiana, donde están ocupadas 1.349 de las 1.479 camas de unidades de cuidados intensivos habilitadas para atender la pandemia, lo que supone una ocupación de 91,2%.

Además de los contagios informados en esa ciudad, en las últimas 24 horas también hubo cifras elevadas en los departamentos de Atlántico (1.175 casos), Antioquia (1.108), Valle del Cauca (721), Bolívar (480), Córdoba (336), Santander (253), Magdalena (248), Sucre (223), Cundinamarca (215), Nariño (166) y Cesar (162).

Según el Ministerio de Salud, en Colombia hay 121.032 casos activos, que representan 45,27% del total de contagios confirmados.

Por otro lado, con 5.529 pacientes que fueron dados por recuperados en la jornada subió a 136.690 la cifra de personas que superaron la enfermedad, 51,12% del total.

### Aumento de casos en Vietnam

El rebrote de la COVID-19 continúa aumentando en casos en Vietnam, país que el 31 de julio declaró su primer muerto con el virus tras prácticamente eliminarlo, y las autoridades han anunciado pruebas masivas a la población.

La ciudad costera de Đà Nẵng es identificada como el epicentro del rebrote en territorio vietnamita y sus casos suponen alrededor de 25% de los 620 contagios detectados en el país desde el inicio de la pandemia.

El Ministerio de Salud confirmó el 2 de agosto 34 nuevos casos y dos muertes, lo que deja la cifra total de fallecidos en cinco, apuntó el Ministerio de Sanidad en su última actualización.

Las autoridades sanitarias indicaron la víspera que planean realizar 1,1 millones de pruebas para detectar la COVID-19 entre los habitantes de Đà Nẵng, la tercera ciudad más poblada del país, y donde se ha impuesto un estricto confinamiento y permanece aislada del resto de la nación.

Tras casi 100 días sin detectar contagios locales, Vietnam anunció el 25 de julio un contagio comunitario en Đà Nẵng y desde entonces los nuevos casos sobrepasan los 150.

País	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 casos)	Tasa de letalidad (en %)
Estados Unidos	4.645.878	154.688	1.405,19	3,33
Brasil	2.707.877	93.563	1.275,75	3,46
India	1.750.723	37.364	127,11	2,13
Rusia	849.277	14.104	582,01	1,66
Sudáfrica	503.290	8.153	850,71	1,62
México	434.193	47.472	337,46	10,93
Chile	359.731	9.608	1.885,04	2,67
Perú	342.077	12.557	1.040,35	3,67
Irán	309.437	17.190	369,34	5,56
Colombia	306.181	10.330	603,02	3,37
Reino Unido	304.694	46.201	449,29	15,16
España	288.522	28.445	617,14	9,86
Pakistán	279.699	5.976	127,11	2,14
Arabia Saudí	278.835	2.917	803,41	1,05
Italia	248.070	35.154	410,17	14,17
Bangladesh	240.746	3.154	146,47	1,31
Turquía	232.856	5.728	276,68	2,46
Francia	213.032	30.150	326,51	14,15
Alemania	211.220	9.154	252,26	4,33
Argentina	196.543	3.612	435,67	1,84
Irak	129.151	4.868	322,54	3,77
Canadá	118.568	8.986	314,70	7,58
Indonesia	111.455	5.236	40,83	4,70
Qatar	111.107	177	3.869,43	0,16
Filipinas	103.185	2.059	94,41	2,00
Egipto	94.316	4.834	92,52	5,13
Kazajistán	91.593	793	488,96	0,87
Ecuador	86.232	5.736	490,25	6,65
China	84.385	4.634	5,87	5,49
Suecia	80.422	5.743	797,29	7,14
Omán	79.159	421	1.558,06	0,53
Bolivia	78.793	3.064	676,86	3,89
Ucrania	73.761	1.749	168,46	2,37
Israel	72.584	536	841,19	0,74
República Dominicana	72.243	1.178	667,30	1,63
Bélgica	69.402	9.845	599,35	14,19
Belarús	68.067	567	720,29	0,83
Kuwait	67.911	457	1.594,88	0,67
Panamá	66.383	1.449	1.543,32	2,18
Emiratos Árabes Unidos	60.999	351	618,22	0,58
Países Bajos	54.732	6.148	319,56	11,23
Rumania	53.186	2.413	276,11	4,54
Singapur	52.825	27	904,33	0,05
Portugal	51.463	1.738	504,42	3,38
Guatemala	51.306	1.995	287,43	3,89
Polonia	46.894	1.731	123,88	3,69
Nigeria	43.537	883	21,23	2,03
Honduras	42.685	1.368	432,32	3,20
Bahrein	41.190	147	2.438,18	0,36
Japón	39.825	1.026	31,47	2,58
Otros 167 países y territorios	952.211	24.064	1.318,30	1,93
<b>Total</b>	<b>17.852.451</b>	<b>679.743</b>	<b>229,55</b>	<b>3,81</b>

**Tabla 3.** Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según país o territorio. Datos al 2 de agosto de 2020, 14:34 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

La situación en esta ciudad costera es especialmente grave porque casi todos los contagios provienen de tres centros médicos, en especial de su principal hospital, donde también ha habido varios contagios de trabajadores sanitarios.

Los casos también han saltado a otras ciudades, como Hà Nội y Thành Phố Hồ Chí Minh, donde también se realizan pruebas a miles de personas.

### Japón reportó más de 1.000 casos por cuarto día consecutivo

Por cuarto día consecutivo, Japón reportó más de 1.000 casos de COVID-19, a medida que el resurgimiento del virus barre el país insular, llevando el total a 38.199 casos y 1.012 muertes.

El 1 de agosto se reportaron 1.532 nuevas infecciones, incluidas casi 500 en Tokio, lo que llevó al gobierno de la ciudad a elevar su alerta por la pandemia al más alto de los cuatro niveles, lo que significa que “las infecciones se están propagando”.

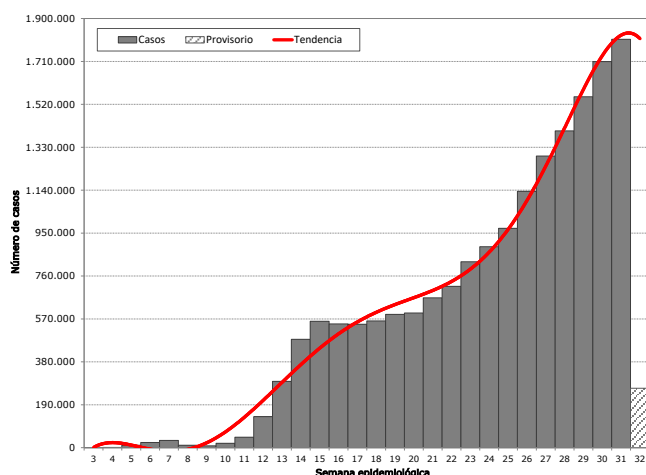
La gobernadora de Tokio, Yuriko Koike, advirtió que se puede declarar una emergencia para la ciudad.

El estado de emergencia nacional de Japón terminó en mayo.

Otros puntos críticos además de Tokio incluyen las prefecturas de Osaka y Aichi.

### Irán registra récord de casos en más de tres semanas

Las autoridades iraníes anunciaron el 2 de agosto que se registraron 2.685 casos de COVID-19 en 24 horas, un récord desde hace casi un mes en Irán, que enfrenta un recrudecimiento de la enfermedad desde fines de junio.



**Gráfico 5.** Casos confirmados a nivel global, y línea de tendencia. Año 2020, semanas epidemiológicas 3 a 32. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Región de la OMS	Casos	Muertes	Tasa de incidencia (cada 100.000 casos)	Tasa de letalidad (en %)
América	9.598.256	357.057	942,58	3,72
Europa	3.424.124	213.743	366,40	6,24
Sudeste Asiático	2.134.038	45.904	107,14	2,15
Mediterráneo Oriental	1.560.305	40.733	214,29	2,61
África	806.688	13.844	72,27	1,72
Pacífico Occidental	329.040	8.462	16,55	2,57
<b>Total</b>	<b>17.852.451</b>	<b>679.743</b>	<b>229,55</b>	<b>3,81</b>

**Tabla 4.** Casos confirmados y muertes, y tasas de incidencia y letalidad, según regiones de la Organización Mundial de la Salud. Datos al 2 de agosto de 2020, 14:34 horas. Fuente: Center for Systems Science and Engineering, Johns Hopkins Whiting School of Engineering.

La portavoz del Ministerio de Salud, Sima Sadat Lari, también informó de 208 muertes por la COVID-19 en las últimas 24 horas. Esta cifra eleva el balance de víctimas en Irán a 17.190.

La República Islámica enfrenta desde fines de junio un aumento de muertes diarias por COVID-19, lo que obligó al gobierno a decretar obligatorio el uso del barbijo en lugares cerrados.

Los 2.685 nuevos casos registrados llevan el número de casos a 309.437.

### Pakistán registra su cifra más baja de fallecidos desde abril

El Gobierno de Pakistán confirmó el 2 de agosto la muerte de seis personas a causa de la COVID-19 durante el último día, lo que supone la cifra más baja desde abril, según datos del Centro Nacional de Mando y Operaciones (NCOC).



El organismo detalló que tres personas han muerto en Sindh, dos en Punjab y una en Khyber Pakhtunkhwa, lo que eleva a 5.976 los fallecidos desde el inicio de la pandemia. La cifra de fallecidos durante el día es menor que la del 17 de abril, cuando se registraron ocho muertes.

Por otra parte, 553 personas han dado positivo por el virus durante el último día, lo que sitúa el total de casos en 279.699, mientras que 248.577 personas han superado la enfermedad.

El Gobierno, que en junio inicio una campaña de confinamientos en zonas concretas en las que se registraron brotes tras cerca de dos meses de confinamiento, dijo el 1 de agosto que consideraba “aplanada” la curva.

El presidente paquistaní, Arif-ur-Rehman Alvi, destacó que la curva se está aplanando y aplaudió la actitud de la población, el Gobierno y los líderes religiosos a la hora de lograrlo.

## **El estado australiano de Victoria declara el estado de desastre**

El segundo estado más poblado de Australia, Victoria, declaró el 2 de agosto el estado de desastre e impuso el toque de queda por la noche en su capital, Melbourne, como parte de las restricciones al movimiento más severas impuestas hasta la fecha en el país para contener un rebrote de la COVID-19.

Melbourne, la segunda ciudad más grande de Australia, que ya se encontraba sujeta a una nueva cuarentena de seis semanas, está tratando de poner la enfermedad bajo control. La semana pasada se registraron cifras récord de infecciones por causa de la COVID-19.

El 2 de agosto, Victoria registró 671 nuevos casos, uno de los mayores aumentos diarios hasta la fecha, así como siete muertes por COVID-19. El alto número de transmisiones entre miembros de la comunidad y los casos de origen desconocido han forzado la imposición de nuevas restricciones, que estarán en vigor durante seis semanas, dijeron las autoridades.

A partir del 2 de agosto por la noche se implantará en Melbourne un toque de queda desde las 20:00 hasta las 05:00 horas durante todos los días de la semana, lo que impedirá a los casi cinco millones de habitantes de la ciudad salir de sus casas excepto para trabajar o para recibir o prestar cuidados.

Las nuevas y amplias restricciones limitan el tiempo que los residentes de Melbourne pueden dedicar al ejercicio al aire libre y a realizar compras de productos esenciales. Todas las escuelas pasarán a impartir lecciones a distancia a partir del 5 de agosto.

Los supermercados permanecerán abiertos, mientras que los restaurantes, cerrados al público, podrán continuar con sus servicios de comida para llevar y de entrega a domicilio.

El Gobierno federal de Australia mostró su respaldo a las medidas del estado de Victoria. El primer ministro australiano, Scott John Morrison, dijo que las medidas son “desafortunadamente necesarias” para contener la propagación de la pandemia.

A Australia le ha ido mucho mejor que a muchos otros países en evitar la propagación del SARS-CoV-2, pero a un alto costo económico. Ha registrado alrededor de 18.000 casos y poco más de 200 muertes por COVID-19, pero el reciente aumento en el estado de Victoria ha demostrado ser difícil de contener.

El estado de desastre da a la policía de Victoria poderes adicionales para asegurar que se cumplan las instrucciones sanitarias.

El vecino New South Wales, el estado más poblado del país, registró el 2 de agosto 12 infecciones. Las autoridades del estado recomiendan “encarecidamente” el uso del barbijo en espacios públicos.



INDIA

CERCA DE 100 MUERTOS POR CONSUMO DE  
BEBIDAS ALCOHÓLICAS ADULTERADAS EN PUNJAB

02/08/2020

El balance de fallecidos a causa de la ingesta de bebidas alcohólicas adulteradas en el estado indio de Punjab ascendió a 98, según confirmaron el 2 de agosto las autoridades del país.

El subcomisario de la Policía de Punjab, Kulant Singh, destacó que doce personas más han muerto en el distrito de Tarn Taran durante las últimas horas, lo que eleva a 75 los fallecidos en el lugar.

Esta cifra ha sido recopilada de “información recibida desde el terreno”, ya que muchas familias han celebrado los funerales de sus seres queridos sin someter a las víctimas a autopsias.

A los fallecidos en Tarn Taran se suman 12 muertes en Amritsar y once en Batala, mientras que las autoridades han manifestado que algunas familias no están informando de la muerte de sus miembros a causa de la ingesta de bebidas alcohólicas.

Por otra parte, el opositor Partido Aam Aadmi ha convocado a protestas contra las autoridades de Punjab, a las que acusan de negligencia.

El ministro principal del estado, Amarinder Singh, anunció el 1 de agosto la suspensión de siete funcionarios y seis miembros de las fuerzas de seguridad, antes de criticar que no se detectaran y sacaran de circulación las bebidas adulteradas.

La mayor parte de las víctimas mortales eran granjeros que bebieron de la misma remesa de el 29 de julio en Tarn Taran, Amritsar y Batala. Las primeras muertes comenzaron ese mismo día, y subieron a 21 el 31 de julio.

Los propietarios de destilerías locales y contrabandistas aprovechan los altos precios del alcohol vendido de forma oficial para copar un mercado negro al que recurren en general personas con escasos recursos.

La consecuencia es que cada año unas mil personas mueren envenenadas en India por la ingesta de alcohol adulterado. El año pasado, una de las peores intoxicaciones de los últimos tiempos dejó 151 fallecidos en el país.

DAWN

PAKISTÁN

REPORTAN UNA MUERTE POR RABIA EN NAROWAL

27/07/2020

Un joven de 20 años, residente de la aldea de Dinpur, en las cercanías del tehsil de Shakargarh, en el distrito de Narowal, fue mordido por un perro presuntamente rabioso hace dos meses. Fue llevado al Tehsil Head Quarter Hospital Shakargarh, donde un médico lo revisó y le recetó algunos medicamentos.

El médico les informó a los familiares que la vacuna contra la rabia no estaba disponible en el hospital, por lo que tendrían que adquirirla en el mercado.

La familia no podía afrontar el costo de la vacuna debido al bloqueo por la pandemia de COVID-19, y el joven no pudo ser tratado a tiempo. Después de dos meses, cuando desarrolló síntomas de rabia y su condición se deterioró, ingresó en el Mayo Hospital en Lahore. Lo trataron durante cuatro días, pero murió el 26 de julio.

Los vecinos y familiares del joven fallecido protestaron contra la no disponibilidad de la vacuna contra la rabia en el THQ Hospital Shakargarh. Los manifestantes acusaron a los oficiales del departamento de salud de vender la vacuna a altos precios en el mercado con connivencia mutua.

Dijeron que “a los pacientes que van a los hospitales del gobierno no se les dan medicinas gratis, y en su lugar se les pide que las compren por su cuenta”.

 Public Health England	<i>REINO UNIDO</i>
	REGISTRAN EL PRIMER CASO DE BABESIOSIS EN EL PAÍS
	<i>31/07/2020</i>

Salud Pública de Inglaterra (PHE) confirmó el diagnóstico de un caso de babesiosis y un caso probable de encefalitis transmitida por garrapatas en Inglaterra. Este es el primer registro de un caso de babesiosis adquirido en el Reino Unido y el segundo caso de la encefalitis transmitida por garrapatas adquirido en el país.



La babesiosis es causada por parásitos del género *Babesia* que infectan los glóbulos rojos, mientras que la encefalitis transmitida por garrapatas es una infección viral que afecta el sistema nervioso central. Ambas son infecciones raras transmitidas por la picadura de garrapatas infectadas.

Ambos pacientes han sido hospitalizados, y reciben el tratamiento adecuado y la atención de apoyo.

PHE regularmente realiza trabajos para comprender los riesgos potenciales de las infecciones transmitidas por garrapatas en Inglaterra. Este año, ha inspeccionado sitios en Devon cerca de donde vive la persona con babesiosis, recolectando y analizando cientos de garrapatas, todas con resultado negativo para el parásito que causa la babesiosis.

PHE ha analizado muestras de sangre de ciervo de Hampshire, en áreas cercanas a donde vive la persona con la probable encefalitis transmitida por garrapatas y ha mostrado evidencia de una probable infección por el virus, lo que coincide con resultados similares obtenidos en 2019.

Es importante enfatizar que los casos de babesiosis y encefalitis transmitida por garrapatas en Inglaterra son raros y el riesgo de infección sigue siendo muy bajo. La enfermedad de Lyme sigue siendo la infección transmitida por garrapatas más común en Inglaterra.

Las garrapatas son más activas entre la primavera y el otoño, por lo que es prudente tomar algunas precauciones para evitar ser picado al disfrutar del aire libre. Se debe procurar atención médica si alguien comienza a sentirse mal después de la picadura de una garrapata..



## REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

SIGUEN EN AUMENTO LOS CASOS DE SARAMPIÓN

26/07/2020

El brote de sarampión en la República Democrática del Congo continúa, mientras los funcionarios de salud reportan 850 nuevos casos, incluidas seis muertes (tasa de letalidad de 0,71%) en todo el país durante la semana epidemiológica 28. Las provincias que más casos han reportado son Sankuru (414 casos), Sud-Ubangi (70), Maindombe (43), Bas-Uele (41), Sud-Kivu (34) y Nord-Ubangi (38).

En las últimas cuatro semanas, las provincias que informaron la mayoría de los casos son Sankuru (1.511 casos), Maindombe (283), Nord-Kivu (170) y Nord-Ubangi (159).

El total de casos sospechosos y confirmados de sarampión reportados desde enero es de 67.438, incluidas 950 muertes (tasa de letalidad de 1,41%).

Desde 2019, se han reportado un total de 378.955 casos de sarampión y 6.981 muertes (tasa de letalidad de 1,84%) en el país.

**SCIENTIFIC  
REPORTS**

UN ESTUDIO CONFIRMA LA TRANSMISIÓN  
DEL SARS-CoV-2 A TRAVÉS DE AEROSOLLES

29/07/2020

Un reciente estudio reveló que el COVID-19 se puede contagiar a través de los aerosoles. Los científicos lograron aislar el virus y cultivarlo en células, lo cual confirma la potencial naturaleza infecciosa del virus recuperado.

Se trata del estudio más completo que se ha hecho hasta el momento sobre la transmisión del SARS-CoV-2 por aerosoles.

El 13 de julio, la Organización Mundial de la Salud (OMS) admitió, muy cautelosamente, que era posible que si no se usara la protección adecuada, el SARS-CoV-2 se podría contagiar por el aire en forma de aerosoles.

Esa admisión fue consecuencia de que un grupo de 239 científicos de 32 países hiciera pública una carta abierta dirigida a la OMS para que tomara en cuenta recientes investigaciones que indican que la COVID-19 podría transmitirse a través de aerosoles esparcidos en espacios cerrados.

En la carta, los científicos describían algunos estudios que implicaban un contagio a través de aerosoles, tales como el conocido caso de un coro en el estado de Washington en el que una sola persona infectada contagió a 52 de 61 personas de ese coro (32 diagnosticados y 20 probables), produciéndose tres hospitalizaciones y dos muertes.

O el caso de una persona infectada que contagió a diez personas de tres familias sentadas en mesas diferentes en un restaurante en China y de un contagio que ocurrió durante unas clases de zumba en un gimnasio.

La OMS respondió que esperaba más investigaciones para corroborar esa posibilidad.

Este reciente estudio sugiere ser la prueba definitiva de que el SARS-CoV-2 se puede contagiar a través de los aerosoles.

Esta vez, los investigadores no solo encontraron partículas virales en el aire de una habitación en la que había estado una persona infectada, en las superficies de la habitación y hasta en los objetos personales de las personas infectadas, sino que fueron capaces de aislar el virus y cultivarlo en células, demostrando con esto de que las partículas virales encontradas podrían ser capaces de causar enfermedad.

La investigación consistió en estudiar el aire, los objetos personales y las superficies de la habitación de los primeros 13 pacientes con COVID-19 ingresados al Centro Médico de la Universidad de Nebraska, y que fueron enviados desde el crucero 'Princess Diamond'. Algunos fueron ingresados a salas de hospitalización de bioseguridad; otros, a habitaciones de aislamiento.

El objetivo fue conocer si existían partículas virales en el ambiente y objetos de las habitaciones, y saber si esas partículas virales eran capaces de causar enfermedad.

Los resultados demostraron una significativa contaminación ambiental en las habitaciones donde se alojaban y atendían los pacientes infectados con SARS-CoV-2, contaminación que fue independiente del grado de síntomas o la severidad de la enfermedad.

La contaminación por el virus estuvo en todo tipo de muestras del aire de la habitación, de la superficie de los marcos de ventanas, de artículos personales como teléfonos celulares y controles remotos de los televisores, aparatos médicos adyacentes e incluso de inodoros.

Lo importante del estudio es que los investigadores lograron aislar el virus y cultivarlo en células, lo cual confirma la potencial naturaleza infecciosa del virus recuperado, es decir, que es contagioso.

Es importante recordar que el contagio de un virus por aerosoles no es nuevo. Ese es el mecanismo de contagio para una de las enfermedades virales más contagiosas que existen: el sarampión.

Sin duda que este estudio tiene aplicaciones prácticas directas, no solo en hospitales para proteger a los profesionales de la salud, sino también en domicilios particulares para proteger a los familiares de personas infectadas que estén en aislamiento domiciliario.

El hecho de que el SARS-CoV-2 pudiera transmitirse por el aire en espacios cerrados no debe ser motivo de alarma, sino que es un indicativo de que deben reforzarse las medidas de prevención, las que deben incluir el evitar reuniones en lugares cerrados sin ventilación adecuada, usar barbijos, y guardar una distancia de por lo menos dos metros entre persona y persona.

Es de especial interés que en lugares en los que haya aire acondicionado se evite la recirculación del aire de la misma habitación y en lugares sin calefacción o aire acondicionado se abran las ventanas de las habitaciones.

## Punto de vista

The  
Washington  
Post

LA COVID-19 PROVOCARÁ UNA INMUNIDAD SOCIAL  
QUE PUEDE PROTEGERNOS DE LA PRÓXIMA PANDEMIA  
AUTOR: JOHN ROBERT MCNEILL<sup>2</sup>

29/07/2020

Anthony Stephen Fauci, el principal experto en enfermedades infecciosas de Estados Unidos, [dijo recientemente](#) a un medio: “Se trata de un virus inesperado, que salta entre especies, de un animal a un humano, espectacularmente eficiente en la propagación de humano a humano, y con un alto nivel, relativamente hablando, de morbilidad y mortalidad”, dijo. “Estamos viviendo una tormenta perfecta en este momento”.

Fauci tiene razón en hacer sonar la alarma, pero a pesar de las más de 650.000 muertes en todo el mundo y contando, la pandemia de COVID-19 no es la tormenta perfecta. Paradójicamente, puede salvarnos de una.

En efecto, el SARS-CoV-2 es eficaz en la propagación de humano a humano, pero mucho menos que los virus del sarampión o la viruela. Tiene, en relación con la mayoría de las infecciones, un alto grado de morbilidad y mortalidad, pero muy inferior a los del sarampión, la viruela, la peste, la fiebre amarilla y un puñado de otras enfermedades.

Afortunadamente, no hemos tenido una tormenta perfecta desde 1918, cuando una cepa de influenza mató a unos 50 millones de personas, el equivalente a 200 millones de personas hoy.

Entre 1492 y 1650, una serie de epidemias, incluyendo sarampión y viruela, mataron a decenas de millones en el hemisferio americano. En combinación con diversas formas de violen-

<sup>2</sup> John Robert McNeill es historiador, autor y profesor ambiental estadounidense en la Universidad de Georgetown.

cia, redujeron la población de las Américas en 50 a 95% y la población mundial en aproximadamente 5 a 10%.

La pandemia de peste de 1346 a 1352 costó la vida de hasta la mitad de la población en Europa y África del Norte, y posiblemente de la cuarta parte de la población mundial. Nadie sabe cuán gravemente pudo haber afectado el este y el sur de Asia o el resto de África. No tocó las Américas. La espeluznante experiencia se encuentra sola en los anales de las pandemias.

No corremos el riesgo de una pandemia mundial de sarampión o viruela. Existen vacunas eficaces, y a través de campañas coordinadas a nivel mundial, la viruela fue eliminada como enfermedad humana a fines de la década de 1970. Pero las llamadas enfermedades emergentes, nuevas para los humanos si no necesariamente para otras criaturas, conllevan este riesgo. Enormes cantidades de virus no identificados y otros posibles patógenos humanos dan vueltas por las colonias de murciélagos y roedores. La mayoría de estos virus no pueden replicarse dentro de las células humanas, pero algunos seguramente sí. Y algunos serán más expertos en propagarse de humano a humano y más mortales que el SARS-CoV-2.

Cuando llegue uno, seguramente responderemos mejor que en 2020. Este virus nos tomó sin preparación, a pesar de las advertencias de epidemiólogos, historiadores de enfermedades, periodistas y agencias de inteligencia. Estos profetas, como Casandra, fueron ignorados por casi todos<sup>3</sup>. Colectivamente, bajamos la guardia, creyendo que la era dorada de la salud introducida por las vacunas, los antibióticos y la infraestructura de saneamiento era permanente, una fe sostenida por la ignorancia de la epidemiología y la historia.

Incluso el brote del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) de 2002 a 2004 no pudo despertarnos de nuestro sopor complaciente. Se extendió de manera ineficiente pero era mucho más peligroso que su primo posterior. Ayudó a despertar a Singapur, Hong Kong, Corea del Sur y, en cierta medida, a China y Canadá a los riesgos de enfermedades emergentes. Pero debido a que mató a menos de 800 personas y afectó a pocos países, la alarma fue escuchada principalmente por personas sintonizadas con la epidemiología.

En 2020, personas como los presidentes Donald John Trump, Jair Messías Bolsonaro, Vladímir Vladímirovich Putin y Xi Jinping no quisieron reconocer lo que representaba la COVID-19. Son demasiado ignorantes de la epidemiología y la historia como para imaginar en qué podría convertirse y demasiado ignorantes como para creer lo que los expertos en salud pública les decían hasta que fue demasiado tarde.

Maquiavelo escribió en *El Príncipe* que los problemas que pueden surgir en los asuntos de estado, como en la medicina, se solucionan fácilmente si se prevén con tiempo, lo que solo los talentosos pueden hacer. “Pero cuando, por falta de previsión, aumentan hasta tal altura que son perceptibles para todos, ya no hay remedio”. Fuera de unos pocos casos, incluidos Corea del Sur, Vietnam, Nueva Zelanda, Ruanda y Singapur, los jefes de estado no podían prever lo que se les avecinaba.

Los líderes probablemente no serán más listos en los próximos años, pero recordarán las desastrosas respuestas de 2020. La COVID-19 puede o no provocar inmunidad biológica entre los sobrevivientes, pero provocará una inmunidad social –o al menos una fuerte resistencia– en las futuras formas de preparación para una próxima pandemia. Mientras lloramos a las

---

<sup>3</sup> En la mitología griega, Casandra era hija de Hécuba y Príamo, reyes de Troya. Casandra fue sacerdotisa de Apolo, con quien pactó, a cambio de un encuentro carnal, la concesión del don de la profecía. Sin embargo, cuando accedió a los arcanos de la adivinación, Casandra rechazó el amor del dios; este, viéndose traicionado, la maldijo escupiéndole en la boca: seguiría teniendo su don, pero nadie creería jamás en sus pronósticos. Tiempo después, ante su anuncio repetido de la inminente caída de Troya, ningún ciudadano dio crédito a sus vaticinios. Ella, junto con Laocoonte, fueron los únicos que predijeron el engaño del caballo de Troya.

víctimas de la COVID-19, construiremos sistemas de alerta temprana más robustos para enfermedades emergentes y mejores sistemas de respuesta ante pandemias a nivel local, nacional e internacional. Eso será costoso, pero el público lo verá como dinero bien gastado.

Quizás si se encuentra una vacuna efectiva y se contiene a la COVID-19, surgirán voces en una generación, o tal vez más tiempo si se les da suficiente educación en ciencia e historia, cuestionando el gasto. Al igual que con el control de mosquitos o los regímenes de vacunación, el éxito sostenido lleva las semillas del fracaso una vez que las personas ya no temen lo que se impide. Cuando las medidas de protección caduquen, la humanidad no estará preparada nuevamente. Esperemos que en esa futura ocasión haya otro Anthony Fauci y que, una vez más, no sea una tormenta perfecta.

## Arte y pandemia



Con su obra *Frontline Heroes*, realizada muy cerca de la Basílica de San Josaphat, en Milwaukee (Estados Unidos), el artista Mauricio Ramírez agradece a los “héroes de primera línea en el campo de la medicina que luchan sin cesar”.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.