



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

Situación Epidemiológica Mundial y de Países Andinos.

**Dr. Luis Beingolea More
23 de junio de 2025**



¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos!*



Tema

- **Casos de Fiebre Amarilla en las Américas, Colombia y Perú**

¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos!*



Casos reportados de fiebre amarilla en la Región de las Américas (hasta 25 de mayo de 2025)

País	Casos confirmados	Defunciones	Tasa de letalidad (%)
Bolivia	4	2	50%
Brasil	111	44	39,6%
Colombia	74	31	42%
Ecuador	8	6	75%
Perú	38	13	34%
TOTAL	235	96	41% (promedio)

Fuente: Alerta Epidemiológica OPS/OMS, 31 de mayo de 2025

Notas:



Gobierno de
Colombia

En **2024** y en lo
corrido del **2025**,
se han confirmado

100 casos

44 fallecidos

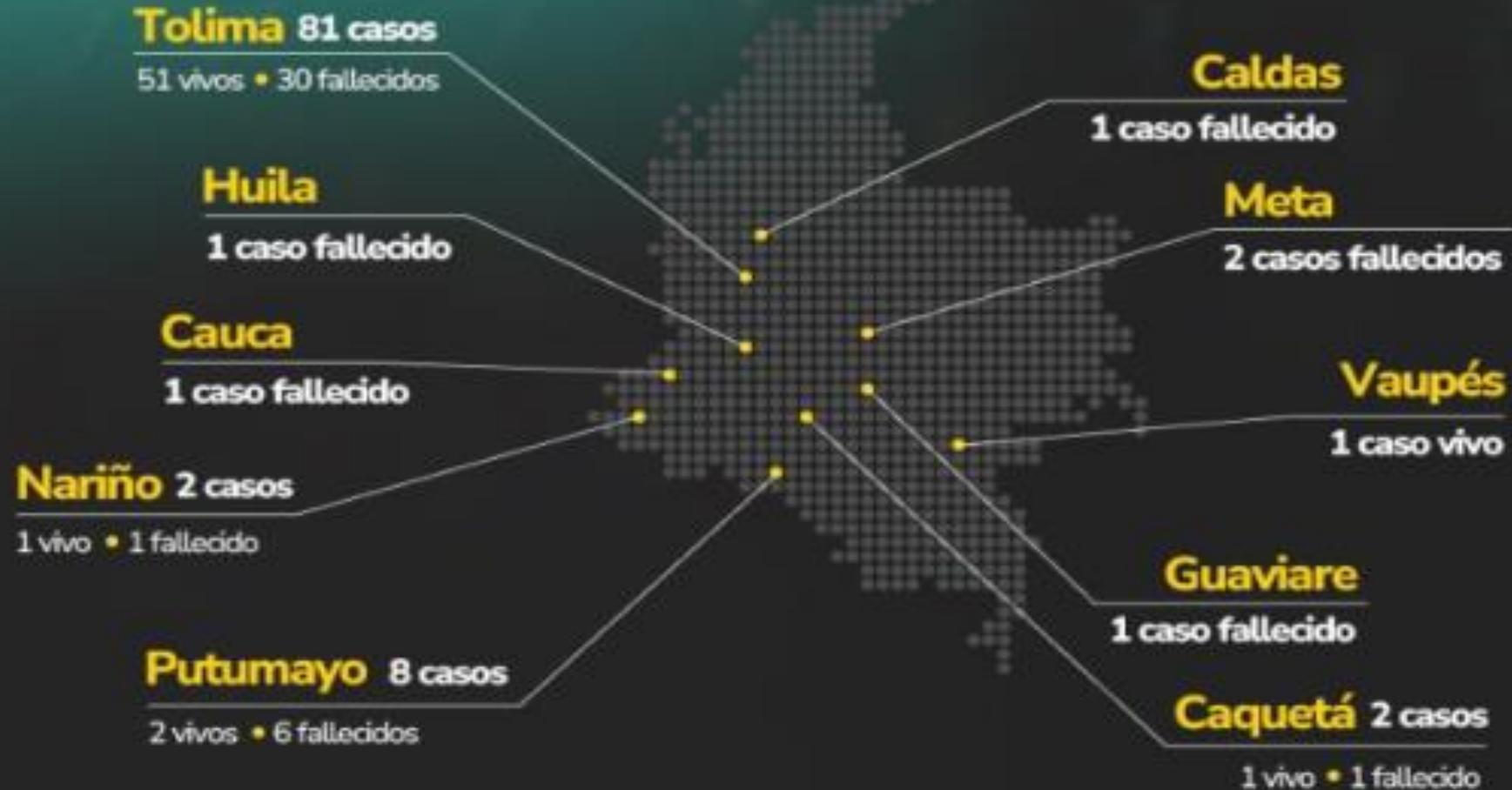
Boletín 02 de junio
confirmados 2025 a la fecha

77 casos

31 fallecidos



Distribuidos en los siguientes departamentos:





Epizootias en primates no humanos Junio 2025

- De los cinco países afectados hasta el 25 de mayo, sólo tres han logrado confirmar epizootias,
- Brasil representa el caso más dramático, con 1032 muertes de primates. De estas, 80 fueron confirmadas como casos de fiebre amarilla mediante pruebas de laboratorio en los estados de São Paulo y Minas Gerais.
- Colombia ocupa el segundo lugar, con 51 muertes confirmadas en los departamentos de Tolima, Huila, Putumayo y Meta. Le sigue Bolivia, donde se registró la muerte de un primate en el municipio de San Buenaventura, en el departamento de La Paz.
- Para el caso de Perú, no se tenía reportes oficiales de fiebre amarilla en vida silvestre, sin embargo, eso no significa que no haya casos.



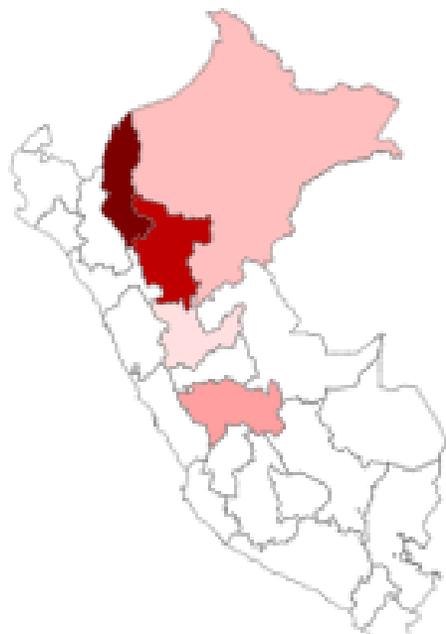
Casos de fiebre amarilla en el Perú por región (S.E. 24)

Casos totales: 42

Casos confirmados: 40

Casos probables: 2

Defunciones: 16



Casos totales

0

8

16+

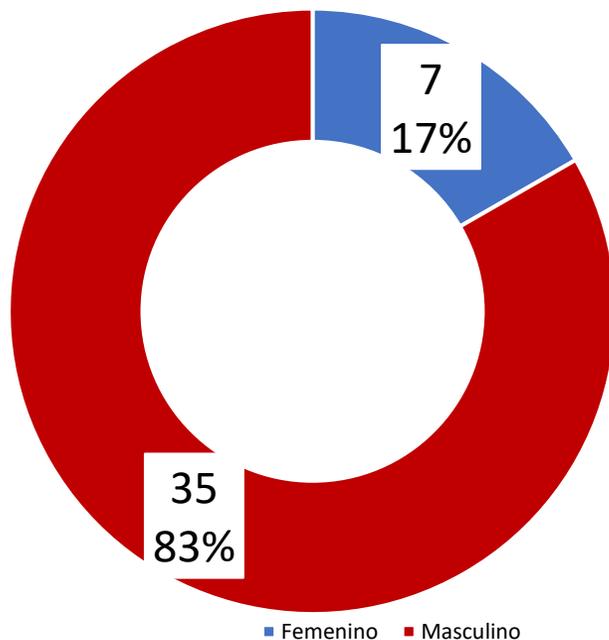
Departamento	Casos totales	Casos confirmados	Fallecidos
Huánuco	1	1	1
Loreto	2	2	1
Junín	3	3	0
San Martín	12	11	6
Amazonas	24	23	8

Departamento	Tasa de incidencia	Tasa de mortalidad	Tasa de letalidad (%)
Huánuco	0.13	0.13	100.00%
Loreto	0.19	0.09	50.00%
Junín	0.22	0.00	0.00%
San Martín	1.27	0.63	54.55%
Amazonas	5.47	1.82	34.78%

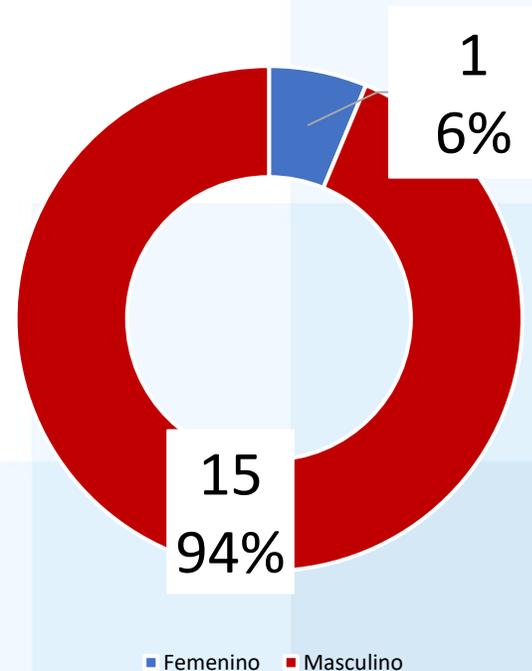


Casos de fiebre amarilla en el Perú por género (S.E. 24)

Casos totales



Defunciones

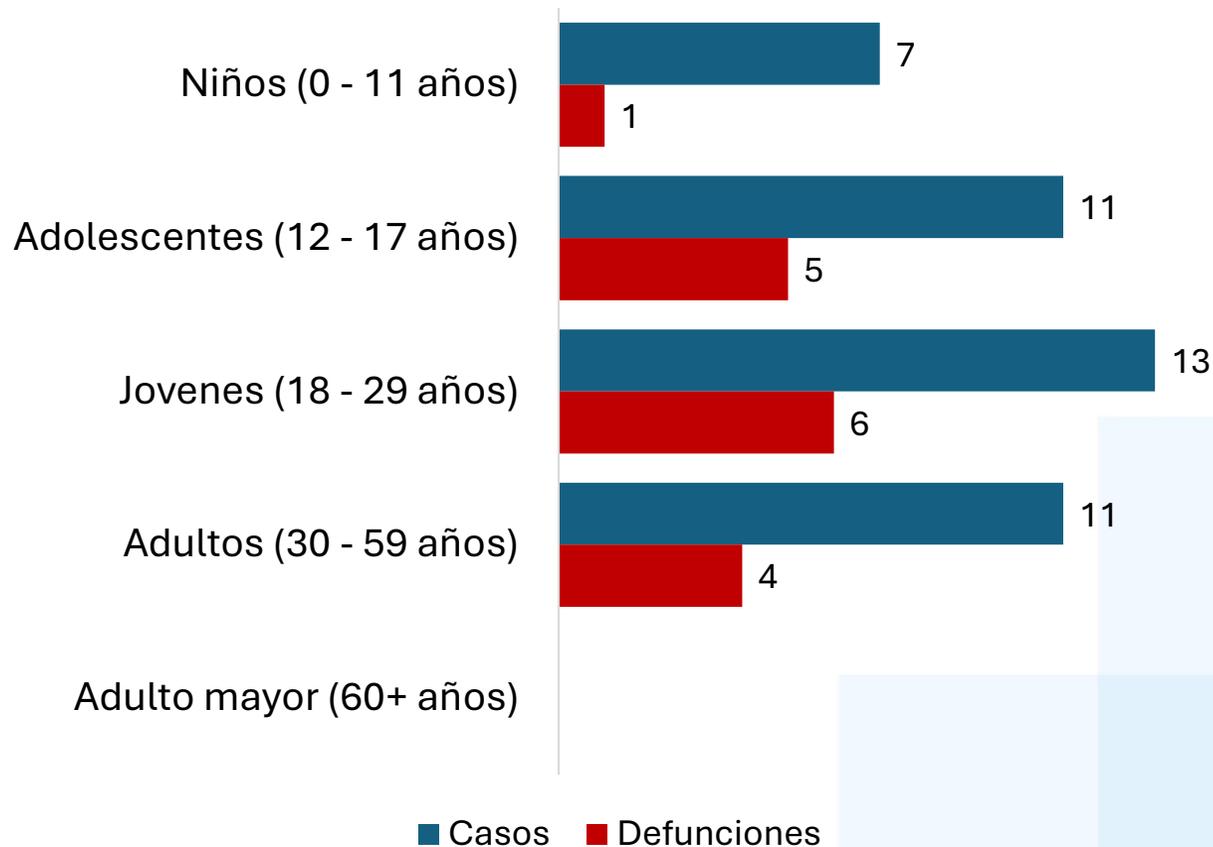


Razón H/M: 5.00

Razón H/M: 15.00



Casos y defunciones de fiebre amarilla en el Perú por grupo de edad (S.E. 24)



Mediana de edad (años):
20

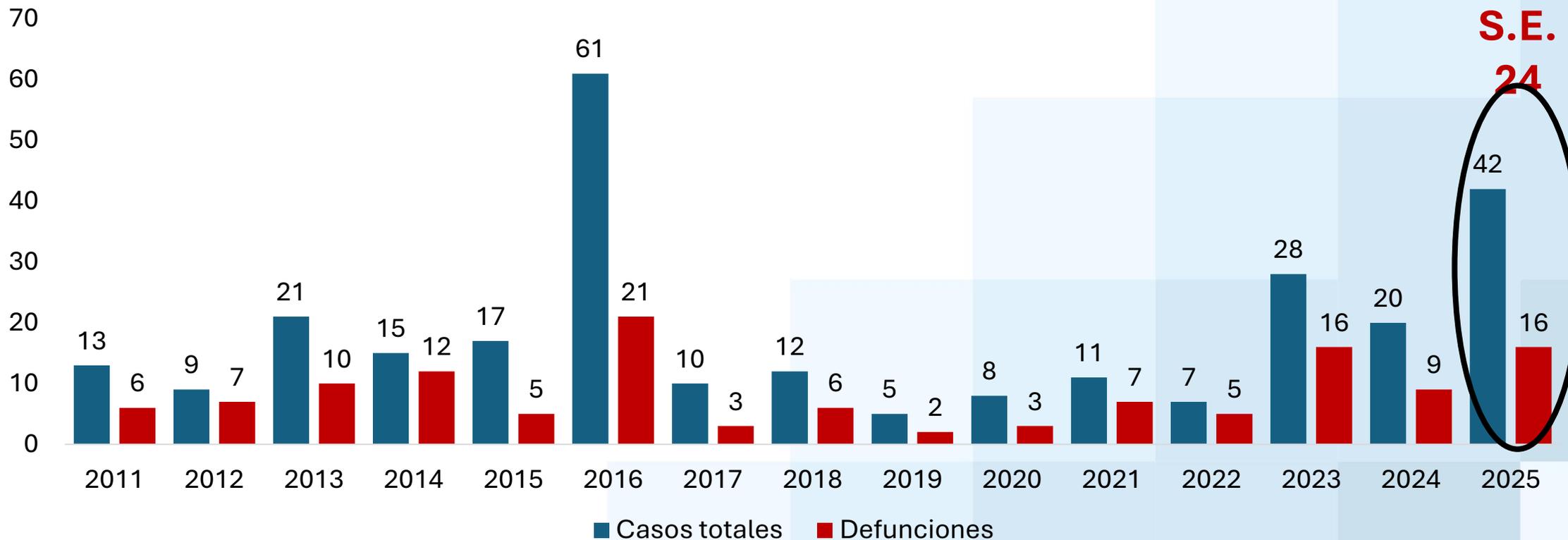
Edad: Min – Max (años) [02
– 57]

Fuente: Sala Situacional de Fiebre Amarilla MINSA Perú (SE 24). Link:
<https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>



Histórico de casos y defunciones de fiebre amarilla en el Perú, periodo 2011 - 2025

“La fiebre amarilla no es constante, pero sí predecible”

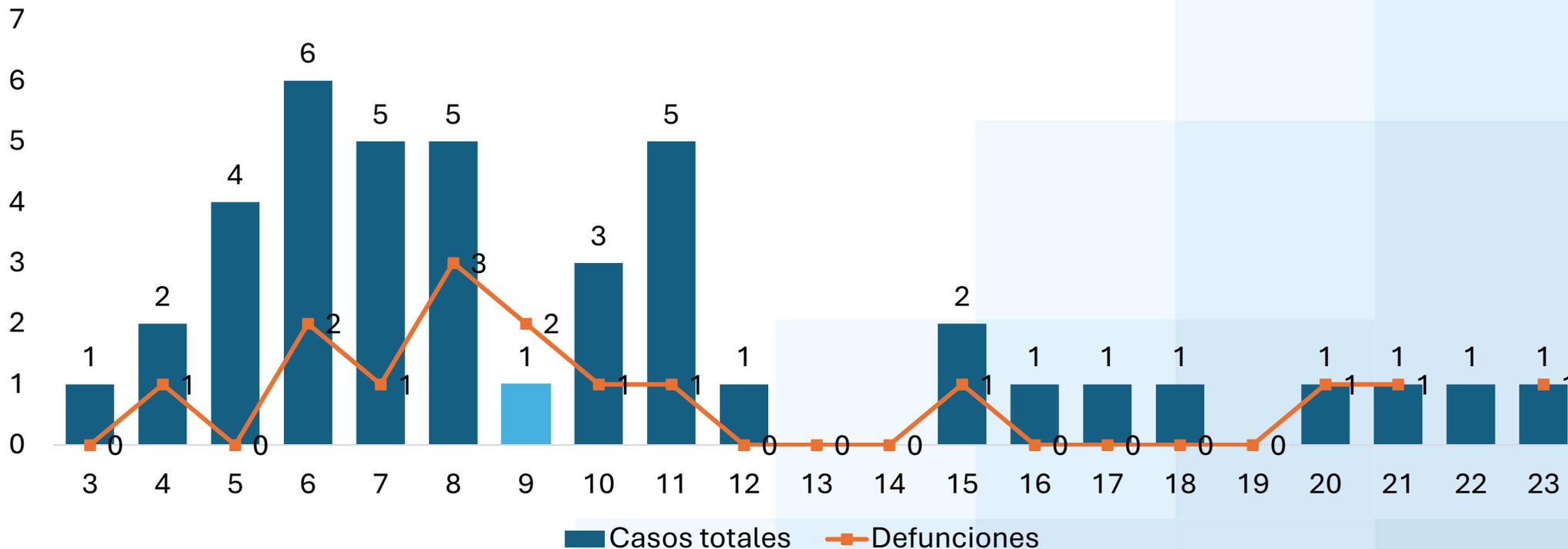


Fuente: Sala Situacional de Fiebre Amarilla MINSA Perú (SE 24). Link:

<https://www.dge.gov.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>



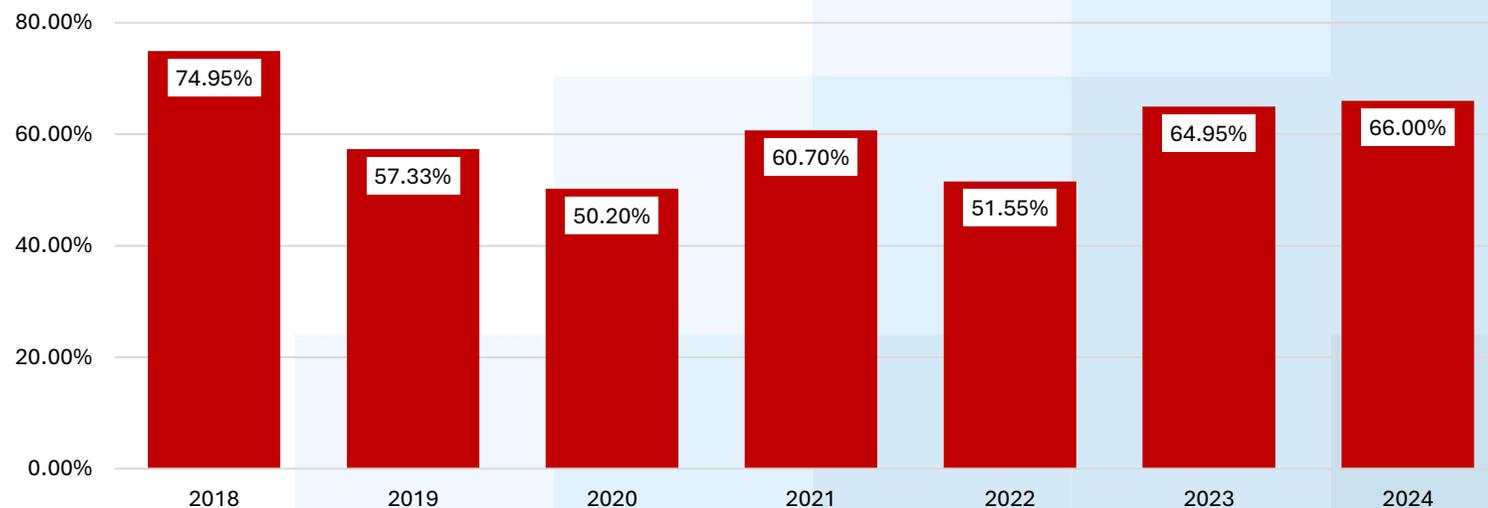
Casos y defunciones por fiebre amarilla, según SE al 2025



Fuente: Sala Situacional de Fiebre Amarilla MINSA Perú (SE 24). Link:
<https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>



Cobertura antiamarílica en el Perú para el periodo 2018 - 2024

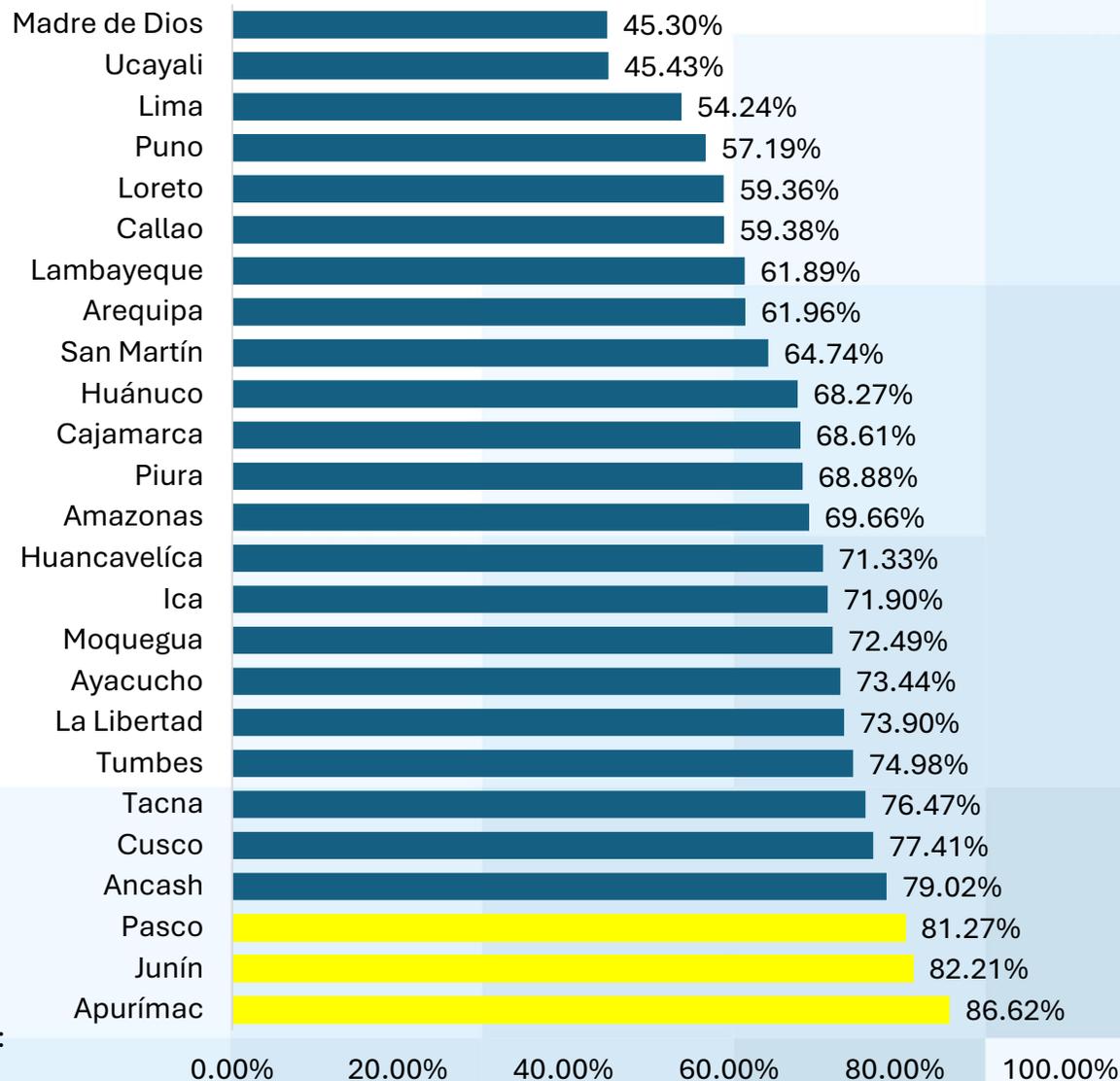


Fuente: Sala Situacional de Fiebre Amarilla MINSA Perú (SE 24). Link:
<https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>



Cobertura antiamarílica en el Perú, por departamento (año 2023)

¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos*!



Fuente: Sala Situacional de Fiebre Amarilla MINA Perú (SE 24). Link:
<https://www.dge.gob.pe/sala-fiebre-amarilla/tablero.html>



FIEBRE AMARILLA

TABLERO DE VACUNACIÓN

CONTRA LA FIEBRE AMARILLA EN LAS REGIONES PRIORIZADAS

Fecha de actualización: 19 de junio del 2025
Fecha de corte: 18 de junio del 2025
Frecuencia de actualización: Diario

Rango Edad

(Todo)

Región

(Todo)

Provincia

(Todo)

Distrito

(Todo)

META

213,685

DOSIS ADMINISTRADAS

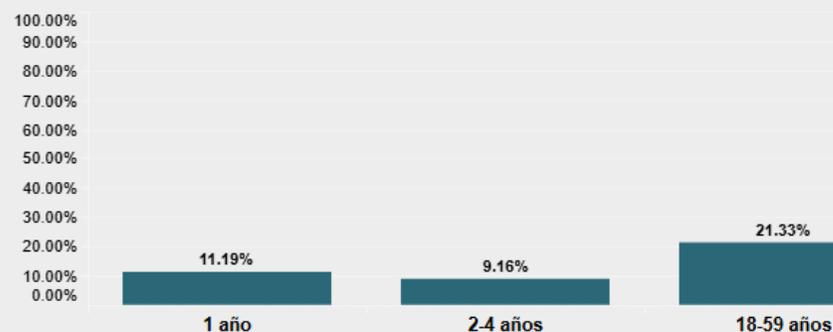
43,682

AVANCE DE COBERTURA

20.44%

Avance de cobertura

Grupo etario



Avance de dosis administradas

Grupo etario



○ Campaña de vacunación iniciada el 19 de mayo de 2025 en cinco regiones

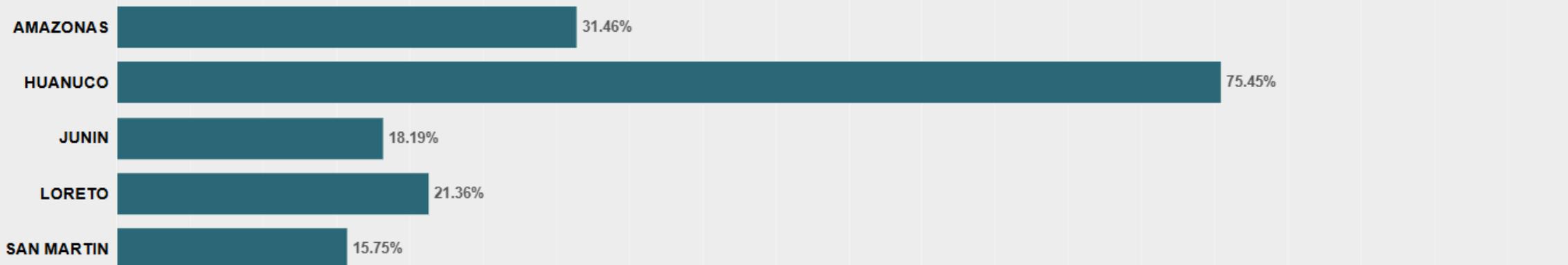


Cobertura vacunal contra la fiebre amarilla en Perú. Junio 2025

¡Juntos somos más fuertes, juntos llegamos más lejos!

Avance de cobertura

Regiones priorizadas



Nota:

La vacuna contra la Fiebre Amarilla se administra como dosis única a partir de los 15 meses de edad y está recomendada hasta los 59 años.

DESCARGA
CONTENIDO



IR A MAPA



- 71.8% de los casos no tenían antecedente de vacunación

https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-06-13/mclcp-alerta-vacunacion-infancia-130625vf.pdf?utm_source=chatgpt.com

<https://www.minsa.gob.pe/reunis/?op=2&niv=9&tbl=10>



Genotipos identificados en países con Fiebre Amarilla 2021-2025

- 1. Genotipo Sudamericano I (SA-I):** Es el genotipo más **prevalente en Sudamérica** y el principal responsable de las epidemias en la región. Dentro de este genotipo, se han identificado varias líneas o subclados, siendo las más relevantes:
 - Subclados 1D y 1E:** Históricamente, ambos han circulado en Brasil. Sin embargo, **desde 2008, solo el subclado 1E ha sido detectado de manera predominante en Brasil.** Este subclado ha sido el causante de los brotes más severos en décadas recientes en el sureste de Brasil (ej., 2016-2018), expandiéndose a estados como Minas Gerais, Espírito Santo y Río de Janeiro, y luego a São Paulo. Se ha observado que este linaje se originó en la región central-occidental de Brasil y se dispersó hacia el sureste.
 - Otros subclados dentro de SA-I:** Si bien 1E es dominante, estudios previos han reportado otros subclados (ej., **1A, 1B, 1C**) que han ido siendo reemplazados por los linajes "modernos" (1D, 1E). También se ha observado la co-circulación de distintos linajes de YFV en regiones como **Goiás, Brasil, con algunos relacionados con cepas venezolanas.**



Genotipos identificados en países con Fiebre Amarilla 2021-2025

- 2. Genotipo Sudamericano II (SA-II):** Este genotipo ha sido menos estudiado que el SA-I, pero se ha identificado su circulación, por ejemplo, en **Perú y Bolivia**, con algunas secuencias emergentes alrededor de 1989.

Recientemente (estudios de 2025), se ha identificado una cepa del genotipo SA-II en **Leticia, Colombia**, vinculada a secuencias peruanas y bolivianas. El análisis filodinámico de estas cepas sugiere una composición genética única, que podría implicar una reducida susceptibilidad a la vacuna y una mayor capacidad adaptativa.

La reconstrucción filogeográfica sugiere que la persistencia del YFV en Colombia se debe a una circulación interna continua y críptica, no a reintroducciones externas.



Genotipos identificados en países con Fiebre Amarilla 2021-2025

País	Genotipos de fiebre amarilla circulantes (últimos 5 años)	Detalles relevantes
Brasil	South American I (subgrupo IE, principalmente IE2 y sus subclades IE2_1 a IE2_4)	<u>El genotipo más prevalente en Brasil. Circulación documentada en brotes recientes (2018-2023), con subclades IE2 dominantes.</u>
Colombia	South American II (SamII)	Identificado en Leticia, Amazonas; linaje relacionado con Perú y Bolivia, con posible reducción en susceptibilidad vacunal.
Perú	South American II (SamII)	Circulación continua en la Amazonía, vinculado a linaje común con Bolivia y Colombia.
Bolivia	South American II (SamII)	Genotipo similar al de Perú y Colombia, con brotes recientes en la región amazónica.
Ecuador	No hay datos específicos de genotipos, pero casos reportados en 2024-2025	<u>Casos reportados, probablemente relacionados con circulación de genotipos Sudamericanos II o I, dada la proximidad geográfica.</u>



**ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE**

¡Juntos somos
más **fuertes**,
juntos llegamos
más **lejos!**

Junio, 2025

**Alerta sobre
Bajas Coberturas
de Vacunación en la
Infancia, brote de
enfermedades
inmunoprevenibles
y riesgo de incremento
de mortalidad infantil
en el Perú**

ALERTA N° 2-2025-SC/GT SALUD-MCLCP





1. Impacto de la pandemia de COVID-19:

- La pandemia redujo drásticamente las coberturas regulares entre 2020 y 2022, afectando especialmente a la niñez, y aumentando la cantidad de niños y niñas susceptibles a enfermedades inmunoprevenibles.

2. Problemas logísticos y estructurales:

- En zonas como Loreto (caso emblemático), se reporta falta de movilidad (botes, gasolina), déficit de personal de salud, ausencia de cadena de frío funcional y deficiencias en la capacidad diagnóstica oportuna.
- La limitada infraestructura impide el cumplimiento de los esquemas vacunales, especialmente en poblaciones rurales e indígenas.

3. Desinformación y resistencia a la vacunación:

- En comunidades indígenas, existen discursos antivacunas y miedos asociados a efectos adversos (dolor, fiebre), sin acompañamiento adecuado (p. ej., no se lleva paracetamol).
- Presencia de iglesias evangélicas que promueven el rechazo a la vacunación.



4. Brechas de planificación y monitoreo:

- Dificultades con la actualización del padrón nominal y discrepancias entre diversas fuentes oficiales (CNV, INEI, RENIEC, REUNIS) afectan la programación y evaluación de metas vacunales.
- Meta de vacunación en gestantes es muy baja (35%), lo cual no se alinea con la protección del binomio madre-niño.

5. Insuficiente articulación interinstitucional e intercultural:

- Falta de coordinación entre direcciones del MINSA (inmunizaciones, pueblos indígenas, salud sexual y reproductiva, etc.).
- Débil incorporación de enfoques de interculturalidad y territorialidad en planes y estrategias.



6. Presupuesto inadecuado y ejecución desigual:

- El presupuesto 2025 para vacunación cayó en 10% respecto al 2024 y es el más bajo en 9 años.
- El gobierno nacional ejecutó ya el 90.4% de su presupuesto a junio, mientras los gobiernos regionales avanzaron solo 40.3%.
- Profundas desigualdades regionales en la asignación presupuestaria por niño/a (desde S/21 en Lima o Piura hasta S/1,264 en Huancavelica).



Recomendaciones clave del documento

- 1. Declarar emergencia sanitaria nacional y regional**, especialmente en Loreto, por el incremento de enfermedades inmunoprevenibles como la fiebre amarilla y la tos ferina.
- 2. Ampliar metas y cobertura de vacunación**, especialmente en gestantes y poblaciones indígenas, considerando metas del 100% en zonas de alto riesgo.
- 3. Actualizar el padrón nominal y ajustar metas físicas**, considerando el descenso real de nacimientos.
- 4. Incorporar la vacuna hexavalente acelular** como estrategia para mejorar tolerancia y aceptación.
- 5. Desarrollar planes diferenciados para poblaciones indígenas**, que incluyan educación comunitaria, fortalecimiento de la cadena de frío, logística y estrategias de comunicación culturalmente pertinentes.
- 6. Investigar las causas de baja cobertura**, incluyendo aspectos de gestión, logística, cultura y percepción.



Estrategia mundial integral para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (EYE)

- En 2016, un brote generalizado de fiebre amarilla en Angola, que también afectó a la capital, provocó una propagación sin precedentes, afectando a los países vecinos con un brote urbano en Kinshasa (el República Democrática del Congo) y viajeros virémicos a Asia.
- Al año siguiente, la fiebre amarilla se extendió a las zonas costeras de Brasil, incluidos los grandes centros urbanos que no habían registrado brotes en varios países.
- OMS, Gavi y UNICEF elaboraron una estrategia mundial integral de múltiples asociados para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (OJO) 2017-2026. La estrategia EYE tiene tres objetivos estratégicos generales:
- Cuarenta países considerados de alto riesgo de brotes de fiebre amarilla están en el marco de la estrategia EYE. Esto incluye 27 países de África y 13 países de las Américas.



Estrategia mundial integral para eliminar las epidemias de fiebre amarilla (EYE)

La estrategia EYE es una estrategia global y a largo plazo basada en la experiencia adquirida que tiene como objetivo poner fin a las epidemias de fiebre amarilla para 2026, y consta de tres objetivos estratégicos:

- proteger a las poblaciones en riesgo;
- prevenir la propagación internacional; y
- contener los brotes rápidamente.

Y cinco competencias de éxito:

- vacunas asequibles y un mercado sostenido de vacunas;
- un fuerte compromiso político a nivel mundial, regional y nacional;
- gobernanza de alto nivel con asociaciones a largo plazo;
- sinergias con otros programas y sectores de la salud; y
- Investigación y desarrollo para mejorar las herramientas y prácticas.



Reflexión final

“Aunque muchas epidemias parecen problemas del pasado, la fiebre amarilla nos recuerda que los virus no descansan... solo esperan el momento oportuno.”

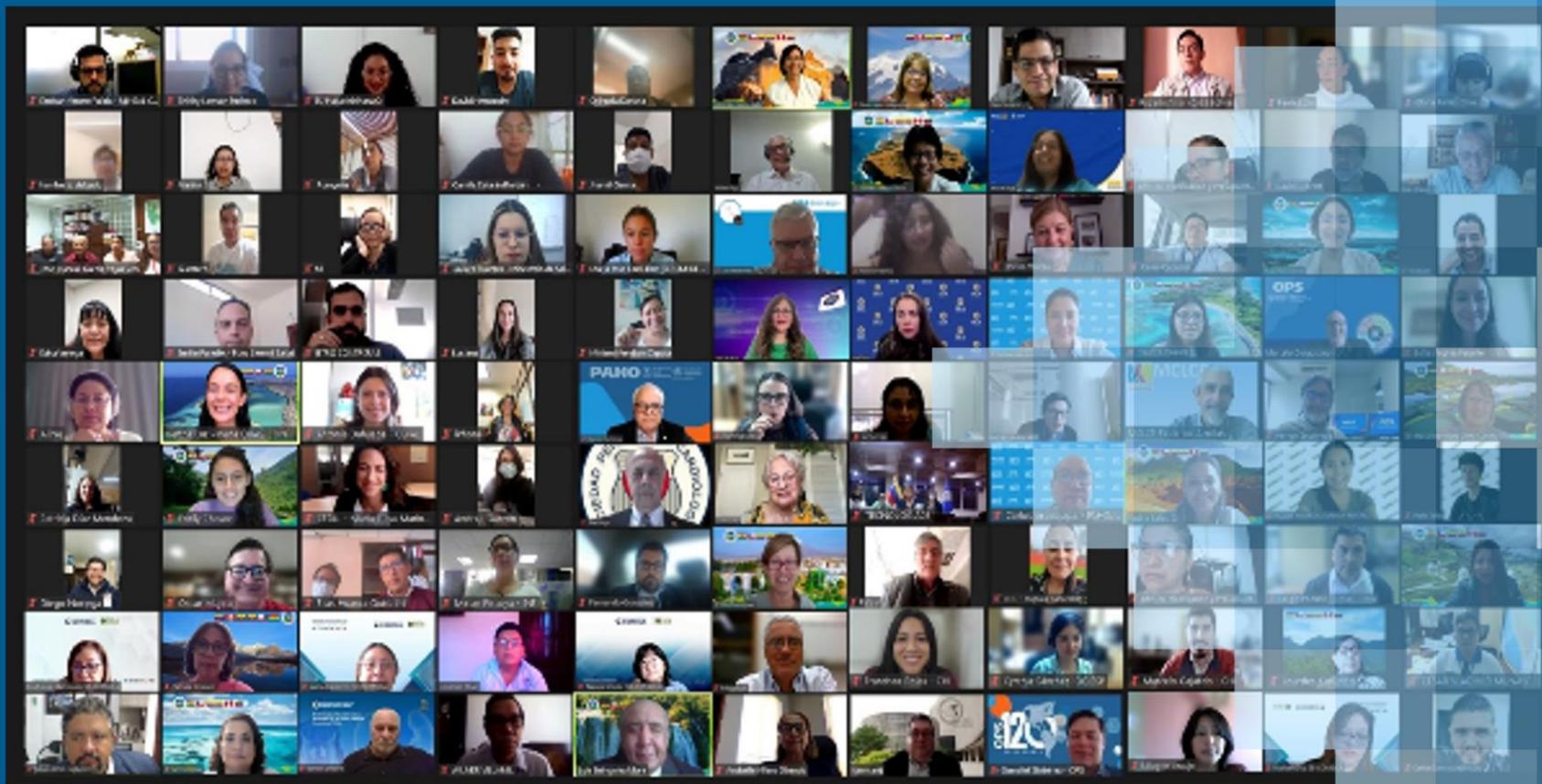
“La mejor estrategia contra una enfermedad cíclica no es la reacción, sino la prevención sostenida.”



ORGANISMO ANDINO DE SALUD CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



¡Juntos somos
más *fuertes*,
juntos llegamos
más *lejos*!



¡Muchas gracias!