



EUROPEAN SOCIETY OF MEDICINE

INFORME DE BROTE · OCTUBRE DE 2026

Resurgimiento del sarampión en 2026

Buenas prácticas para el control de brotes
y el cierre de brechas de inmunización

Dr. Enrique Chacon-Cruz

Comité Asesor de Inmunización

Centro de Salud Global, European Society of Medicine

ACERCA DE ESTE INFORME

Los Informes de brote del Centro de Salud Global de la European Society of Medicine (ESMED) examinan los brotes actuales de enfermedades infecciosas y exponen medidas prácticas y basadas en la evidencia para los clínicos, los programas de inmunización y las autoridades de salud pública.

Este informe fue elaborado por el Dr. Enrique Chacon-Cruz, miembro del Comité Asesor de Inmunización del Centro de Salud Global.

Esta es una traducción al español del original en inglés, *Measles resurgence in 2026*, que es la versión de referencia.

ACERCA DEL AUTOR

El Dr. Enrique Chacon-Cruz es especialista en infectología pediátrica, con formación clínica y académica avanzada en el Instituto Nacional de Pediatría de México y en la Eastern Virginia Medical School de los Estados Unidos. También tiene una maestría en Vacunología y Desarrollo de Fármacos por la Universidad de Siena (Italia).

Es fundador y director ejecutivo de Think Vaccines, LLC, con sede en Houston (Texas), y editor en jefe de *Vaccines Beat*, una publicación internacional dedicada a ampliar el conocimiento en vacunología, inmunización y enfermedades prevenibles por vacunación. Actualmente preside el Comité de Inmunizaciones de la Asociación Mexicana de Infectología Pediátrica y es miembro del Comité Asesor de Inmunización y del Comité de Equidad en Salud de la European Society of Medicine.

CITA SUGERIDA

Chacon-Cruz E. Resurgimiento del sarampión en 2026: buenas prácticas para el control de brotes y el cierre de brechas de inmunización. Informe de brote. Centro de Salud Global, Comité Asesor de Inmunización. European Society of Medicine; 2026. Traducción al español.

MÉTODOS Y LIMITACIONES

Se trata de una revisión narrativa de las orientaciones de la OMS y los CDC, de datos de vigilancia y de estudios publicados, no de una revisión sistemática. Los recuentos de casos de la figura 1 son datos provisionales mensuales de vigilancia notificados a la OMS para el período de marzo a agosto de 2026, publicados por los CDC en octubre de 2026, y están sujetos a revisión. La exhaustividad de la notificación varía entre países y son frecuentes los retrasos de uno a dos meses, por lo que los recuentos recientes subestiman la incidencia real y no son directamente comparables entre países. Las cifras de cobertura son estimaciones de la OMS y el UNICEF (estimaciones de 2025, publicadas en julio de 2026). Todas las fuentes se consultaron el 13 de octubre de 2026.

CONTACTO

Centro de Salud Global, European Society of Medicine
ghc@esmed.org · esmed.org/policy

© European Society of Medicine, 2026.

RESUMEN

Mensajes clave

- 1 El sarampión está resurgiendo.** Se estima que 95 000 personas murieron de sarampión en 2024, la mayoría niños pequeños, y 57 países notificaron brotes de gran magnitud o disruptivos en 2025.
- 2 La cobertura mundial se ha estancado.** En 2025, el 84% de los niños recibió una primera dosis de una vacuna con componente antisarampionoso y el 77% una segunda dosis, muy por debajo del 95% necesario para detener la transmisión.
- 3 Los promedios nacionales ocultan el riesgo.** Los brotes se afianzan donde se concentran las personas no vacunadas, incluso en países cuya cobertura nacional parece alta.
- 4 Las medidas probadas interrumpen la transmisión.** La cobertura con dos dosis en cada distrito, la vacunación de puesta al día focalizada, una vigilancia sensible, la respuesta rápida con profilaxis posexposición, el control de infecciones en los establecimientos de salud y un mejor acceso actúan de forma conjunta.
- 5 La equidad es fundamental.** Las personas que rechazan la vacunación y las personas a las que los sistemas de salud nunca han llegado son grupos distintos, y cada uno requiere una respuesta diferente.

DE UN VISTAZO

95 000

muerres estimadas por sarampión en el mundo en 2024

84%/77%

cobertura mundial con la primera y la segunda dosis en 2025

57

países con brotes de gran magnitud o disruptivos en 2025

59 millones

muerres evitadas por la vacunación contra el sarampión, 2000–2024

Fuentes: muerres y muerres evitadas, nota descriptiva de la OMS sobre el sarampión (referencia 1); cobertura y países con brotes, publicación de la OMS y el UNICEF sobre la cobertura de julio de 2026 (referencia 9).

Introducción

El sarampión es una de las enfermedades infecciosas humanas más contagiosas y uno de los indicadores más claros de las debilidades de los programas nacionales de inmunización. Desde hace más de seis décadas se dispone de una vacuna segura, muy eficaz y asequible; sin embargo, el sarampión sigue causando una carga considerable de morbilidad, hospitalizaciones y muertes evitables en todo el mundo.

El resurgimiento del sarampión en 2025 y 2026 supone un grave retroceso para los esfuerzos mundiales de eliminación. La OMS estima que 95 000 personas murieron de sarampión en 2024, en su mayoría niños menores de cinco años no vacunados o con vacunación incompleta. Entre 2000 y 2024, la vacunación contra el sarampión evitó casi 59 millones de muertes.¹

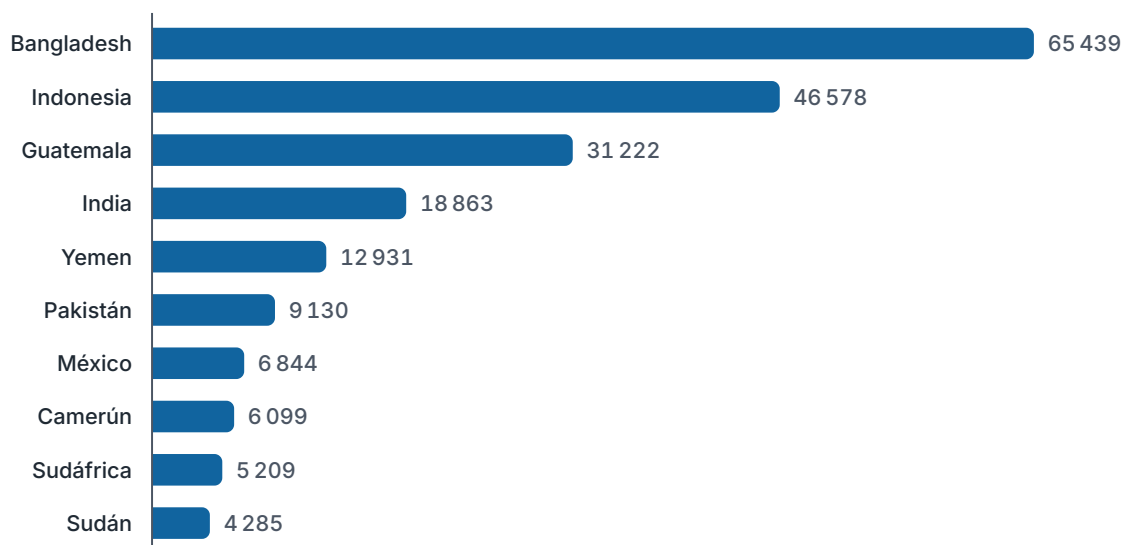
Sin embargo, el desafío central va más allá de alcanzar una cobertura nacional alta. La eliminación exige una cobertura sostenida de al menos el 95% con ambas dosis de una vacuna con componente antisarampionoso (MCV1 y MCV2), con una protección elevada y homogénea en todos los distritos, comunidades y grupos de población. Los países que notifican una cobertura nacional alta pueden sufrir brotes importantes cuando las personas no vacunadas se concentran, geográficamente o socialmente.^{2,3}

Este informe examina la situación mundial del sarampión en 2026, explica por qué es importante cerrar las brechas locales de inmunidad y expone las medidas clínicas y de salud pública necesarias para interrumpir la transmisión y avanzar hacia una inmunización equitativa.

1 La situación mundial en 2026

Los datos provisionales de vigilancia notificados a la OMS muestran una actividad considerable del sarampión en varias regiones, entre ellas Asia meridional y sudoriental, África, el Mediterráneo oriental y las Américas.^{4,5} Los diez países que notificaron más casos entre marzo y agosto de 2026 se presentan en la figura 1.

FIGURA 1

Países que notificaron más casos de sarampión, de marzo a agosto de 2026

Datos provisionales mensuales de vigilancia notificados a la OMS hasta octubre de 2026, publicados por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos.⁴ Las cifras abarcan de marzo a agosto de 2026, no el año calendario completo. Son recuentos absolutos de casos notificados, no tasas de incidencia, y la exhaustividad de la notificación varía entre países.

Bangladesh, el país que notificó más casos, informó a la OMS en abril de 2026 de un aumento a escala nacional que afectaba a 58 de sus 64 distritos. La mayoría de los casos se dio en niños menores de cinco años y, en Daca, se concentraron en asentamientos informales densamente poblados.⁶

El resurgimiento del sarampión no se limita a los países de ingresos bajos. La transmisión también afecta a entornos de ingresos medianos y altos en los que se han acumulado brechas de inmunidad: en 2025, los Estados Unidos registraron sus primeras muertes por sarampión en una década.⁷ La OMS señala que los datos provisionales subestiman el número real de infecciones debido al infradiagnóstico, la notificación incompleta y los retrasos en la notificación, que a menudo duran de uno a dos meses.⁵

2**El umbral del 95%: necesario pero no suficiente**

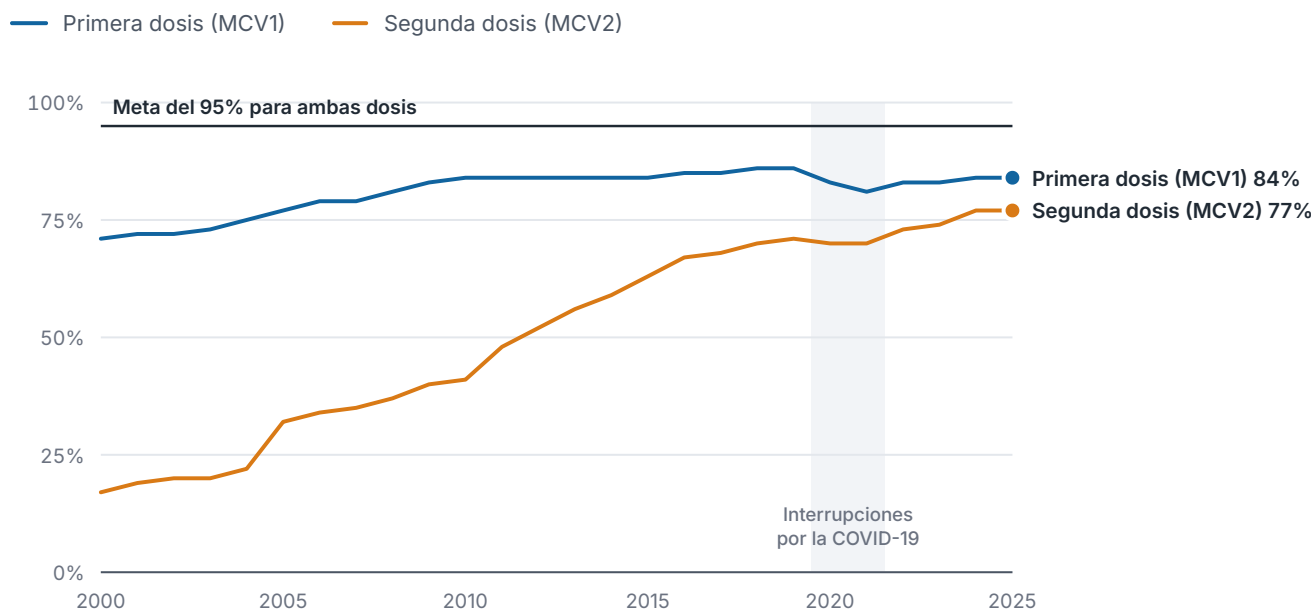
El sarampión tiene un número reproductivo básico (R_0) excepcionalmente alto, a menudo estimado entre 12 y 18: en una población totalmente susceptible, cada persona infectada transmitiría la infección, en promedio, a entre 12 y 18 personas, aunque las estimaciones varían según el entorno.^{1,8} Por ello, se necesita una inmunidad poblacional muy alta para interrumpir la transmisión sostenida.

La OMS recomienda una cobertura de al menos el 95% tanto con MCV1 como con MCV2, idealmente en cada distrito y comunidad y no solo a nivel nacional.^{2,3} La cobertura mundial sigue muy por debajo de esta meta (figura 2). En 2025, el 84% de los niños del mundo recibió la primera dosis de una vacuna con componente antisarampionoso y solo el 77% la segunda. Se estima que 7,3 millones de

lactantes que recibieron una primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina no continuaron el esquema hasta recibir su primera dosis de una vacuna con componente antisarampionoso.⁹

FIGURA 2

Cobertura mundial con vacuna con componente antisarampionoso, 2000–2025



Estimaciones de la OMS y el UNICEF de la cobertura nacional de inmunización (estimaciones de 2025, publicadas en julio de 2026); indicadores mundiales extraídos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS el 13 de octubre de 2026.^{9,10}

RECUADRO 1

Por qué los promedios nacionales pueden inducir a error

Un país puede notificar una cobertura nacional del 95–97% mientras algunas de sus comunidades tienen una cobertura mucho menor. En un país hipotético con una cobertura nacional del 96%, algunos distritos pueden alcanzar solo el 65–70%. Esos distritos pueden sostener brotes grandes una vez que se introduce el virus, aunque el promedio nacional parezca satisfactorio.

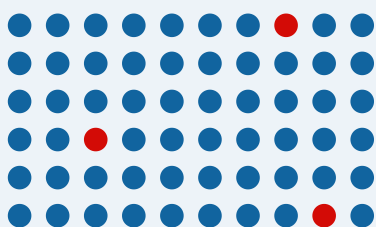
FIGURA 3

Misma cobertura, distinto riesgo: una ilustración

● Vacunadas ● No vacunadas

Dispersas

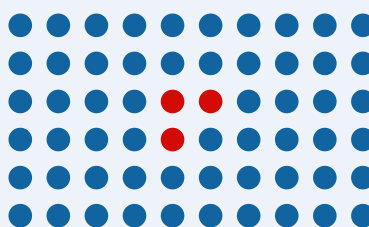
Las personas no vacunadas están repartidas



57 de 60 vacunadas: cobertura del 95%

Agrupadas

Las personas no vacunadas viven juntas



57 de 60 vacunadas: cobertura del 95%

Ilustración esquemática; el estado de vacunación se utiliza aquí como indicador indirecto de la inmunidad. Ambas poblaciones tienen la misma cobertura, pero donde las personas no vacunadas se concentran, el virus puede pasar con más facilidad de una persona susceptible a la siguiente.

Un estudio de modelización con datos de vigilancia de Francia de 2009 a 2018 observó que las zonas con mayor cobertura vacunal local tenían menos casos importados y un menor riesgo de transmisión local.¹¹ La implicación es fundamental: los programas de inmunización deben medir no solo cuántas personas están vacunadas, sino también dónde se concentran las personas susceptibles.

3 Buenas prácticas de prevención y control de brotes

A

Alcanzar y mantener una cobertura alta con dos dosis

Los programas de inmunización sistemática deben dar prioridad a la administración oportuna de MCV1 y MCV2 según los calendarios nacionales e identificar de forma sistemática a los niños que no hayan recibido una o ambas dosis. El estado de vacunación debe comprobarse en cada contacto pertinente con los servicios de salud, incluidas las consultas de atención primaria, la atención hospitalaria, las evaluaciones de salud escolar y las actividades de extensión comunitaria. Debe ofrecerse de forma rutinaria la vacunación de puesta al día a los niños, adolescentes y adultos elegibles que no tengan evidencia suficiente de inmunidad.^{2,3}

B

Localizar y reducir las concentraciones de personas no vacunadas

Identificar dónde se acumula la susceptibilidad es una de las prioridades más importantes. Cuando existan datos fiables, los programas nacionales deben analizar de forma rutinaria la cobertura a nivel de distrito, municipio, escuela y comunidad. Debe prestarse especial atención a los niños con cero dosis (los que no han recibido ninguna vacuna del calendario sistemático, lo que suele medirse como la ausencia de la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina), a las poblaciones migrantes y desplazadas, a las comunidades geográficamente aisladas y a los grupos que enfrentan barreras persistentes para acceder a la atención de salud. Las campañas de vacunación focalizadas deben complementar, y no sustituir, unos servicios sólidos de inmunización sistemática.^{3,12}

C

Reforzar la vigilancia clínica, epidemiológica y molecular

La vigilancia debe ser lo suficientemente sensible para detectar con prontitud los casos sospechosos, incluso en zonas que antes estaban libres de sarampión. Las buenas prácticas incluyen la notificación rápida de casos, las pruebas serológicas adecuadas, la confirmación molecular mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) y la caracterización genómica del virus cuando esté indicada, incluidos el genotipado y, cuando sea posible, la secuenciación. La vigilancia molecular es especialmente valiosa para rastrear las cadenas de transmisión, investigar los casos importados y documentar la eliminación. Es esencial una estrecha colaboración entre los clínicos, los laboratorios, los epidemiólogos y los programas de inmunización.^{13,14}

D

Responder con rapidez y ofrecer profilaxis posexposición

Todo caso sospechoso debe desencadenar una acción inmediata de salud pública, sin esperar innecesariamente la confirmación de laboratorio. Las medidas clave incluyen el aislamiento con precauciones de transmisión aérea, la identificación rápida de los contactos, la evaluación de su inmunidad y la profilaxis posexposición adecuada (recuadro 2). La vacunación de respuesta al brote debe adaptarse a la epidemiología local, a la distribución por edad de los casos y a las brechas de inmunidad acumuladas.^{13,15}

El manejo clínico de los casos queda fuera del alcance de este informe y debe seguir las orientaciones de la OMS y las nacionales. No existe un tratamiento antiviral específico contra el sarampión: la atención se centra en el tratamiento de apoyo y en la prevención y el manejo de complicaciones como la neumonía, la diarrea y la deshidratación. La OMS recomienda dos dosis de vitamina A para todos los niños menores de cinco años con sospecha de sarampión: la primera inmediatamente tras el diagnóstico y la segunda al día siguiente.¹

RECUADRO 2**La profilaxis posexposición de un vistazo**

En los contactos susceptibles sin contraindicaciones, una vacuna con componente antisarampionoso administrada en las 72 horas siguientes a la exposición puede conferir protección. La inmunoglobulina administrada en los seis días siguientes puede estar indicada en contactos de alto riesgo, incluidos los lactantes susceptibles y las personas embarazadas sin pruebas de inmunidad frente al sarampión, de acuerdo con las directrices nacionales. Según las orientaciones del ACIP, los pacientes con inmunodepresión grave que hayan estado expuestos deben recibir inmunoglobulina intravenosa independientemente de su estado de vacunación, ya que es posible que la vacunación no los haya protegido.^{13,15}

E

Prevenir la transmisión en los establecimientos de salud

Los establecimientos de salud pueden amplificar la transmisión cuando los casos no se reconocen ni se aíslan con prontitud. Todo el personal de salud debe tener pruebas documentadas de inmunidad frente al sarampión, y los establecimientos deben mantener protocolos claros sobre precauciones de transmisión aérea, triaje, manejo de las exposiciones y seguimiento de la salud del personal expuesto. Los casos sospechosos deben separarse de inmediato de los demás pacientes, en particular de los lactantes, las personas embarazadas y los pacientes inmunodeprimidos.^{13,15}

F

Comunicar bien y eliminar las barreras de acceso

Los programas de vacunación deben combinar una comunicación basada en la evidencia con mejoras prácticas del acceso. Los profesionales de la salud siguen siendo fuentes esenciales de información de confianza. Sin embargo, la reticencia a la vacunación no debe considerarse la única explicación de la inmunización insuficiente: las dificultades de transporte, la pobreza, la migración, el acceso limitado a la atención de salud, las interrupciones de los servicios y las oportunidades perdidas de vacunación pueden ser igual de importantes. Las intervenciones eficaces combinan una comunicación culturalmente adecuada, servicios accesibles y una colaboración sostenida con las comunidades.^{3,12}

4

Equidad en salud: que ninguna comunidad se quede atrás

Los brotes de sarampión a menudo ponen de manifiesto desigualdades estructurales más amplias en los sistemas de salud. Los niños que viven en la pobreza, las personas desplazadas, los migrantes, los residentes de zonas afectadas por conflictos y las comunidades con acceso limitado a los servicios habituales de salud tienen una probabilidad desproporcionadamente alta de permanecer sin vacunar.

La OMS reconoce los brotes de sarampión como un indicador de debilidades en los programas de inmunización y en la atención primaria de salud.³ Por lo tanto, una estrategia de eliminación equitativa debe identificar a las comunidades desatendidas, eliminar las barreras económicas y administrativas, ampliar la vacunación con equipos móviles y las actividades comunitarias, asegurar el suministro de vacunas y vigilar las desigualdades en la cobertura.

Un niño al que nunca se le ha ofrecido una vacuna plantea un desafío distinto al de un niño cuya familia la ha rechazado. Ambos necesitan atención, pero las respuestas deben ser diferentes.

Por ello, las autoridades de salud pública deben distinguir entre las personas que rechazan la vacunación y las personas que siguen sin vacunar porque los sistemas de salud no han logrado llegar a ellas.

5 Indicadores prácticos para los programas nacionales de inmunización

Los indicadores del cuadro 1 pueden ayudar a los programas a comprobar si la inmunidad de la población es alta en todas partes, y no solo en promedio, y si los brotes se detectan y controlan con rapidez.

CUADRO 1

Indicadores y objetivos recomendados

Indicador	Objetivo recomendado
COBERTURA	
Cobertura con MCV1	Al menos el 95%, a nivel nacional y en cada distrito
Cobertura con MCV2	Al menos el 95%, a nivel nacional y en cada distrito
Niños con cero dosis	Identificarlos, llegar a ellos y reducir progresivamente su número
Brechas geográficas de inmunidad	Identificar y reducir las concentraciones de personas susceptibles
Oportunidades perdidas de vacunación	Evaluarlas de forma sistemática y reducirlas al mínimo
VIGILANCIA Y RESPUESTA	
Sensibilidad de la vigilancia	Detectar e investigar con prontitud los casos sospechosos
Vigilancia de laboratorio y molecular	Confirmar los casos y caracterizar las cepas del virus
Respuesta a brotes	Investigar de inmediato y aplicar rápidamente las medidas de control
Inmunidad del personal de salud	Documentar la inmunidad y cerrar las brechas detectadas
EQUIDAD	
Equidad de la cobertura	Vigilar la cobertura por zona geográfica, nivel socioeconómico y barreras de acceso

Elaborado por el autor a partir de las orientaciones de la OMS.^{2,3,13}

6 Conclusiones

El resurgimiento mundial del sarampión en 2026 demuestra que una vacuna eficaz, e incluso una cobertura nacional aparentemente satisfactoria, no bastan por sí solas para garantizar la protección frente a los brotes.

En el caso del sarampión, una cobertura del 95% no es simplemente una meta estadística. Debe traducirse en una inmunidad alta y homogénea en todas las comunidades, distritos y países. Cuando las personas susceptibles se acumulan en poblaciones agrupadas geográfica o socialmente, décadas de avances hacia la eliminación pueden perderse.

Una inmunización sistemática sólida, la vacunación de puesta al día oportuna, una vigilancia epidemiológica y molecular sensible, la respuesta rápida a los brotes y el acceso equitativo a la vacunación deben seguir siendo prioridades centrales. La eliminación exige ir más allá de los promedios nacionales para comprender con precisión dónde falta inmunidad y por qué.

El sarampión no se eliminará simplemente cuando los países alcancen una cobertura nacional del 95%. Solo se eliminará cuando una cobertura alta y sostenida vaya acompañada de la identificación y protección de las comunidades que han quedado sistemáticamente rezagadas.

Referencias

1. World Health Organization. Measles: fact sheet [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles>
2. World Health Organization. Measles vaccines: WHO position paper, April 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92(17):205-27.
3. World Health Organization. Measles and rubella strategic framework: 2021-2030. Geneva: WHO; 2020.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Global measles outbreaks [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2026 [citado 13 oct 2026]. Based on provisional monthly surveillance data reported to WHO. Disponible en: <https://www.cdc.gov/global-measles-vaccination/data-research/global-measles-outbreaks/>
5. World Health Organization. Provisional monthly measles and rubella data [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data>
6. World Health Organization. Disease Outbreak News: Measles, Bangladesh [Internet]. Geneva: WHO; 2026 Apr 23 [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2026-DON598>
7. World Health Organization. Disease Outbreak News: Measles, United States of America [Internet]. Geneva: WHO; 2025 Mar 27 [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON561>
8. Guerra FM, Bolotin S, Lim G, Heffernan J, Deeks SL, Li Y, et al. The basic reproduction number (R0) of measles: a systematic review. Lancet Infect Dis. 2017;17(12):e420-8.
9. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Global childhood immunization coverage inches forward despite conflict and hesitancy [news release]. Geneva: WHO; 2026 Jul 15 [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-07-2026-global-childhood-immunization-coverage-inches-forward-despite-conflict-and-hesitancy---unicef--who>

10. World Health Organization. Global Health Observatory: indicators WHS8_110 (MCV1 coverage among 1-year-olds) and MCV2 (MCV2 coverage by the nationally recommended age), global estimates, WHO/UNICEF 2025 estimates released July 2026 [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [extraído 13 oct 2026]. Disponible en: https://ghoapi.azureedge.net/api/WHS8_110 y <https://ghoapi.azureedge.net/api/MCV2>
11. Robert A, Kucharski AJ, Funk S. The impact of local vaccine coverage and recent incidence on measles transmission in France between 2009 and 2018. *BMC Med.* 2022;20(1):77. doi:10.1186/s12916-022-02277-5
12. World Health Organization. Targeted and selective strategies in measles and rubella vaccination campaigns: interim guidance. Geneva: WHO; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103399>
13. WHO Regional Office for Europe. Eliminating measles and rubella in the WHO European Region: integrated guidance for surveillance, outbreak response and verification of elimination. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289060783>
14. World Health Organization. Manual for the laboratory-based surveillance of measles, rubella, and congenital rubella syndrome [Internet, online edition]. Geneva: WHO [citado 13 oct 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/surveillance-for-vpds/laboratory-networks/measles-and-rubella-laboratory-network/manual-for-the-laboratory-based-surveillance-of-measles-rubella-and-congenital-rubella-syndrome>
15. McLean HQ, Fiebelkorn AP, Temte JL, Wallace GS. Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep.* 2013;62(RR-04):1-34.



Acerca de este informe

El sarampión está resurgiendo en todo el mundo y los promedios nacionales ocultan el riesgo: los brotes se afianzan donde se concentran las personas no vacunadas. Este Informe de brote examina la situación en 2026 y expone las medidas que interrumpen la transmisión, desde la cobertura con dos dosis en cada distrito y la vacunación de puesta al día focalizada hasta una vigilancia sensible, la respuesta rápida y un mejor acceso a la vacunación.

El Centro de Salud Global es la división de políticas de salud pública de la European Society of Medicine. Sus comités asesores, integrados por clínicos e investigadores, ofrecen orientación basada en la evidencia a los responsables de políticas, los profesionales de la salud y el público sobre los desafíos más urgentes de la salud mundial. Este informe fue elaborado por el Comité Asesor de Inmunización. Esta es una traducción al español; el original en inglés es la versión de referencia.

CITA SUGERIDA

Chacon-Cruz E. Resurgimiento del sarampión en 2026: buenas prácticas para el control de brotes y el cierre de brechas de inmunización. Informe de brote. Centro de Salud Global, Comité Asesor de Inmunización. European Society of Medicine; 2026. Traducción al español.

Centro de Salud Global, European Society of Medicine
ghc@esmed.org · esmed.org/policy

© European Society of Medicine, 2026

- Portada: un conglomerado de personas no vacunadas
- Contraportada: las mismas personas, protegidas