

ESPECIAL
COVID-19



NUESTRO APORTE FRENTE A LA PANDEMIA

COVID-19 TRENTINA. GLOBALIZACIÓN. ADVERTENCIAS

Autor: Carlos Falasca

Fecha: 10/05/2021

+54 11 5199 0868/69
+54 9 11 2831-7465
Uruguay 469 12 A, CABA
info@geo.org.ar

Seguinos en las redes sociales



www.fundaciongeo.org.ar

Entrá a nuestra web
y enteráte de más!



Resumen

El autor de “Pandemias en la Historia de la Humanidad”, nos acerca esta vez un nuevo trabajo con la idea de ayudarnos a poner la mirada en el día después de la pandemia.

En esta serie de cuatro artículos nos introduce en un enfoque que busca analizar el posible impacto que tendría esta experiencia inédita en el mundo y en nuestro país en particular. Las entregas incluyen “Trentina. Globalización. Advertencias”, “Vacunas y Sindemia”, “Salud y Economía. Impacto Mundial” y “Hacia un cambio de paradigma. Desafíos para la Argentina que viene”.

La entrega nos invita a reflexionar acerca de la ciencia, la política y las comunicaciones en un mundo donde la pandemia otra vez puso en evidencia las desigualdades más duras y los desafíos que tenemos como humanidad.

Palabras clave de este documento

#globalizacion #trentina #cuarentena #advertencias

#solidaridad #trabajocolaborativo #integracion

#salud #desafios #intelectual #espiritual

COVID 19 – TRENTINA. GLOBALIZACIÓN. ADVERTENCIAS

LA TRENTINA

A los efectos de ubicar al lector en la dinámica de los acontecimientos, pensé que sería de utilidad hacer una breve síntesis cronológica de los hechos más relevantes acontecidos hasta nuestros días y en principio recordar la definición de Salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La misma tiene estrecha relación con los impactos que nos dejará este cierre inédito de la producción nacional de bienes y servicios en general, y que no fue tomada en consideración por los científicos que asesoran al poder ejecutivo, ni por la política.

Debo resaltar, para que el lector comprenda la difícil situación en la que hemos sido inmersos, ya que no todos los países tomaron las mismas medidas de confinamientos restrictivos, que es la primera vez en 2.500 años que se aíslan a los sanos.



Acuarela de la época de R. Cooper

La **lepra**, mencionada en el Antiguo y Nuevo Testamento e interpretada como una maldición de los Dioses o el castigo del pecado, es la primera enfermedad documentada para la cual se impuso la cuarentena de los enfermos.

Yahvé le dijo a Moisés:

“Manda a los hijos de Israel que echen del campamento a todos los leprosos, a los que están impuros por flujo seminal y a todos los que están impuros por haber tocado algún muerto”.

La lepra se propagaba fácilmente y permaneció incomprendida hasta 1873 cuando el médico Noruego Gerhard Hansen pudo ver en su microscopio el bacilo de la lepra, al que denominó *Mycobacterium leprae* y probó que era una enfermedad infecciosa y no una maldición divina.

También Hipócrates en el siglo V a.C. y Galeno en el siglo II d. C, les decían a los enfermos por la peste: *“Vete lejos, vete rápido, tarda en volver”.*

Debo destacar que hay un concepto en el Juramento Hipocrático que hacemos todos los médicos en la ceremonia de graduación que dice *“primun non nocere”* (primero, no dañarás). Esta premisa es de un gran valor y consideración actual y la deberían haber tenido presente los responsables de las decisiones sanitarias del mundo que condujeron a medidas y acciones tomadas en defensa de la salud para evitar muertes prevenibles donde la economía era secundaria.

Para afirmar con hechos más cercanos en el tiempo mencionaré también que a mediados del siglo XIV una incontrolable pandemia redujo la población de Europa en torno al 60%. Los historiadores calculan que la mortífera **“peste negra”** costó la vida de unas 50 millones de personas entre 1347 y principios de la década de 1350. No había medicinas ni centros de salud, era prácticamente imposible controlar los contagios y la propagación de la enfermedad

que había entrado por el sureste del continente rápidamente barrió todas las naciones del Mediterráneo expandiéndose hasta Inglaterra.

Aquella coyuntura extrema, en las décadas posteriores y por continuidad de la plaga, obligó a las autoridades medievales a adoptar draconianas medidas legislativas para controlar su transmisión. En 1374 Bernabé Visconti (señor de Milán) le notificó a un funcionario de la localidad de Regio que todo habitante contagiado debía ser expulsado de la zona intramuros y asentarse en el campo. Allí se curarían o morirían. Una medida similar implantó Ludovico Gonzaga, capitán del pueblo italiano de Mantua: “aquel que viajase a una región con una elevada tasa de mortalidad no podría regresar a la ciudad y el que incumpliese, sería ejecutado”.

Sin embargo, en la colonia veneciana de Ragusa (hoy en día Dubrovnik - Croacia) y que contaba con un concurrido puerto para el tráfico marítimo mediterráneo, pusieron en práctica una inteligente idea para tratar de frenar la propagación de la pandemia. En 1377, los gobernantes decidieron imponer la primera “trentina”, un período de treinta días de aislamiento para todos los viajeros y tripulaciones que allí desembarcasen y los productos que traían consigo.

En general, las plagas de la Edad Media mataron a más de la mitad de sus víctimas. Esto dio lugar al cliché: “muy pocos sobrevivieron para enterrar a los muertos”. El COVID-19 ha sido sin duda mucho menos mortal pero el impacto económico, social, sanitario y educativo podría ser más grave de lo que podremos imaginar.

DEMOGRAFÍA. URBANIZACIÓN. GLOBALIZACIÓN

Como todas las pandemias, la del SAR-CoV-2 no es un accidente o un evento al azar. El sufrimiento que las epidemias han generado en la humanidad ha sido a través de las vulnerabilidades del ser humano que han sido creadas en su relacionamiento con el medio ambiente y otras especies del reino animal dando origen a las zoonosis. El COVID-19 apareció y se expandió rápidamente en la sociedad que nosotros habíamos creado. Un mundo con cerca de 8 mil millones de habitantes, la mayoría de los cuales vive en ciudades densamente pobladas y unidas por rápidas vías de comunicación, generando innumerables oportunidades para la propagación de las virosis pulmonares. El crecimiento demográfico y la urbanización descontrolada conducen a la invasión y destrucción del hábitat de los animales, alterando la relación entre ambas especies, humana y animal.

Esta secuencia de eventos habría sido lo que ocurrió en diciembre de 2019 y que tuvo su comienzo en el mercado de animales en la ciudad de Wuhan construida en el curso medio del río Yangtsé —el río más largo de Asia— que tiene 11 millones de habitantes y pertenece a la provincia de Hubei en China. También es una las 10 mayores economías del gigante asiático y punto de acceso a nueve de las provincias chinas. El tamaño y la importancia económica de Wuhan pueden explicar porqué el virus viajó tan rápidamente en el sureste de Asia e incluso llegó a Estados Unidos y Europa. El aeropuerto internacional de Wuhan transportó a 20 millones de pasajeros en 2016 y ofrece vuelos directos a Londres, París, Dubái o Nueva York, entre otros.



Mercado de Wuhan, China

El Mercado de Wuhan es un mercado de animales domésticos y salvajes, que están vivos y son sacrificados en el momento de la venta porque los clientes quieren mercadería fresca. Con absoluta falta de higiene durante su manipulación y venta, se genera una mezcla de la sangre y heces de los murciélagos, que terminan contaminando a los compradores.

En este contexto, se habría originado uno de los clientes “paciente cero”, que contrajo el coronavirus y lo transmitió a los contactos más cercanos. La difusión comunitaria fue muy rápida por la falta de una inmunidad natural adquirida frente a la emergencia de un nuevo virus desconocido hasta ese momento. Es decir, las personas no tenían la resistencia natural que genera el organismo por contacto previo con el virus como si hubieran sido vacunados, lo que impidió cortar la cadena de trasmisión.

El grupo científico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que tuvo a su cargo la investigación inicial en Whuan evalúa como probable la hipótesis de que hubo un salto indirecto del virus (a través de una especie intermediaria -quizás los murciélagos y los pangolines que han sido sobre los que más se ha sospechado-). Pero, el informe dice que “ninguno de los virus que se han identificado en estas especies es suficientemente similar al SARS-CoV-2 como para que sean sus progenitores directos”. Además, indican que no se pueden excluir otros animales que también hayan servido de puente para la infección.

ADVERTENCIAS

Desde la segunda guerra mundial vivimos en un mundo de nuevas enfermedades, llamadas emergentes de las cuales 335 que se habían presentado entre 1960 y 2004 fueron identificadas en el 2008 por los investigadores y muchas de ellas eran zoonosis de origen animal. Entre el 2003 y 2016 han surgido brotes inesperados de diferentes pandemias como la Gripe Aviar y el SARS (Síndrome de insuficiencia respiratoria agudo), el Ebola, el MERS (Síndrome respiratorio del Medio Oriente). Desafortunadamente una vez pasada la pandemia, el mundo olvidaba lo sucedido y seguía en su frenética actividad cotidiana producto de la globalización.

Hubo diversas advertencias: la de la OMS que en 2005 dio a conocer el *“Global Influenza Preparedness”* (“Preparación para una influenza global”), la del gobierno de Estados Unidos *“National Strategy for Pandemic Influenza”*, (“Estrategia nacional para una pandemia de influenza”) y otras de organismos internacionales y privados. Pero ante la calma, todos los planes fueron desactivados. En el 2018/19 por la relajación de los países ante las advertencias, la OMS preparó un nuevo informe: *“The World at Risk”* (“El Mundo en Riesgo”). Cuando se inició la pandemia del COVID-19 su diseminación fue muy rápida porque nuevamente el mundo había dejado de lado las recomendaciones difundidas.

No ha existido una teoría conspirativa de ningún tipo en esta pandemia. Lo que le faltó al mundo es haber estado preparado para la contingencia advertida que un día y sorpresivamente la tuvimos con nosotros.

Las primeras alarmas sobre una potencial epidemia nueva comenzaron a sonar a finales de diciembre de 2019. El 30 de enero, la OMS, declara la emergencia sanitaria internacional con 7.800 casos, distribuidos 82 países. El día 3 de marzo, se detecta el primer caso en nuestro país, en una persona que regresa de Milán y es internada con un cuadro de Hipertensión crónica y presunta sintomatología de Coronavirus. El certificado de defunción fue el de

muerte por Coronavirus. El 11 de marzo la OMS declara la PANDEMIA por su propagación y gravedad.

“LO HEMOS VISTO”

El 10 de enero de 2020 los científicos no sólo habían aislado al virus responsable, sino que habían hecho la secuencia de su genoma y habían publicado la información en las bases de datos internacionales del SARS-CoV-2.

El 11 de febrero, la experta en microscopía electrónica la Dra. Elizabeth Fischer (trabajando en el Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas Rocky Mountain Laboratories -NIAID-RML-, ubicado en Hamilton – Montana, dependiente del Instituto Nacional de la Salud, uno de los 14 centros con nivel 4 de bioseguridad) pudo capturar imágenes del nuevo coronavirus SARS-CoV-2, en su microscopio electrónico de transmisión y barrido. Dio a conocer a todo el mundo la imagen tomada del que se lo llamó hasta ese momento el enemigo invisible y dijo: “si hay una enfermedad, la hemos visto”. El virus había sido aislado de un paciente en Estados Unidos. Las imágenes están disponibles en la página del instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (una de estas imágenes se reproduce en la foto).



En unos pocos meses se volvió claro qué medidas podrían demorar y detener las cadenas de infección. En menos de un año había producción masiva de varias vacunas efectivas. Sin embargo, aún está en debate la posibilidad de producción masiva de vacunas dadas las restricciones legales en materia de patentes. El mundo debe acelerar estas decisiones teniendo en cuenta no sólo los efectos

en esta pandemia sino cómo la solidaridad, integración y trabajo colaborativo pueden ser parte de la clave para aumentar la capacidad de respuesta de los países.

REFLEXIONES

Hemos sido testigos del primer aislamiento de los sanos en la historia de las pandemias, desde la Plaga de Atenas en el 430 A.C hasta la Fiebre Española de 1918, así como en las acontecidas en el siglo XXI. Siempre han sido los medios de transporte los que generaron la expansión de la enfermedad. La del SARS-COV 2, encuentra un mundo que había ignorado los diversos planes de contingencia que recomendaron los organismos internacionales en el periodo 2005/2018.

Nosotros somos parte de un mundo global en el cual los microbios (virus, bacterias, parásitos u hongos) y los insectos que los transmiten no reconocen fronteras, por lo que, necesitamos tomar conciencia de esta premisa. Durante años, las plagas, no fueron solamente tiempos de muerte y sufrimiento, sino acontecimientos biológicos de un enorme desafío intelectual y espiritual.

Las grandes pandemias han tenido una repercusión directa en lo científico, social y cultural de los países. A su vez y más en nuestra situación actual, donde convergen los grandes avances tecnológicos y la inteligencia artificial con la pandemia, los gobiernos han aprovechado la oportunidad para ejercer una mayor vigilancia sanitaria sobre los habitantes, lógicamente en función del desarrollo tecnológico logrado en cada país.

Las experiencias de pandemias recientes y la actual han puesto en evidencia que la salud pública y la biomedicina tienen poros de ineficiencia de magnitud diferente en virtud de las inequidades y desigualdades sanitarias que tienen los países para enfrentarla. Al mismo tiempo, los avances científicos actuando coordinadamente a nivel planetario permitieron por primera vez tener un rápido diagnóstico del origen y la secuencia genómica del virus.

Las muestras de la modernidad, como el crecimiento poblacional que pasó de 265 millones en el siglo I d.C. a casi 8 mil millones en la actualidad, la rapidez y variedad de los medios de transporte, el cambio climático, la proliferación de megaciudades con infraestructuras inadecuadas, las guerras, la pobreza persistente, el aumento de las inequidades y desigualdades sociales, son todos factores presentes que mantienen el riesgo ante nuevas pandemias. Desafortunadamente, ninguno de ellos parece dar muestras de un alivio en el futuro cercano.

La política en todo el mundo ha tomado decisiones e instrumentado medidas condicionada por los recursos y las posibilidades de respuesta cultural, sanitaria y económica de cada país o región, donde partían de situaciones previas muy desiguales y donde se pusieron en evidencia no sólo las capacidades de gestión interna de los países, sino la necesaria coordinación entre sí con la idea de sumar e integrar esfuerzos conjuntos. A su vez, los medios de comunicación social y las redes contribuyeron a generar desinformación centrada en el miedo que afectó la salud mental de las personas. En nuestro país, se adoptaron medidas en el marco una situación previa muy debilitada desde lo estructural, social y económico, que levantaron el velo de las graves falencias sanitarias e inequidades sociales ya existentes.

La historia nos permite ver que, si bien esta pandemia ha afectado a toda la humanidad de manera distinta a las anteriores, no hemos sabido aprovechar la experiencia para que sus efectos sean menos devastadores. Es claro que la pandemia ha puesto en evidencia la situación previa en cada rincón del mundo y de ahí ha reflejado las capacidades locales para enfrentarla y atravesarla. Y es también evidente que la ciencia y la política en todo el mundo han reaccionado y actuado de diversas formas y como siempre, encontramos logros y errores. A la luz de los resultados alcanzados se pone en evidencia el aún enorme desafío que tenemos en materia de solidaridad, coordinación e integración en todo el mundo.



*Autor: **Carlos Falasca***

- Doctor en Medicina. Especialista en Cirugía General, Salud Pública y Salud Ocupacional. Carrera docente UBA, Profesor auxiliar de cirugía.
- Academia Nacional de Medicina. Miembro Titula del Consejo de Ética Médica.
- Superintendencia de Seguros de la Nación. Fondo de Reserva. Auditor Medico General.
- Pasados: Escuela Quirúrgica E. y Ricardo Finochietto, Residente, Jefe de residentes e Instructor de residentes. Jefe de trabajos prácticos de cirugía, UBA. Becas de perfeccionamiento en el extranjero: Interne Resident Etranger des Hopitaux de París, Hopital Saint Antoine - París - Francia. University of Florida. College of Medicine. Gainesville, Florida, U.S.A. Assistant Visitor Professor. Proyecto de Investigación Clínico-Quirúrgico.
- Director médico de los Ministerios de Hacienda, Producción, Energía, Transporte, Finanzas, y de los organismos descentralizados: Inpi, Indec, Cnce, Tribunal de tasación, Tribunal fiscal de la nación, Entes liquidados, Ssn, Cnv, Uif, Centro cultural Kirchner.
- Universidad Católica Argentina. Facultad de Medicina. Profesor Titular de Educación para la salud.
- Universidad del Salvador: Titular del Consejo Superior de la Universidad y de la Facultad de Medicina. Profesor Titular de Cirugía. Director del Instituto de investigaciones médicas. Director de los programas de intercambio internacional. Vicedecano ejecutivo de la Facultad de Medicina. Director de la Carrera de Medicina. **DISTINCIONES:** Incluido en el "Libro de las Personalidades Médicas Argentinas" por la sobresaliente actuación y

trayectoria profesional. Jurado anónimo con miembros de la Academia nacional de Medicina y de la AMA. Membership and Biography "International WHO'S WHO of Professionals", Millennial edition. LIBRO: La salud Publica en Terapia Intensiva. Análisis y Propuestas. Único autor. Noviembre 2017. Amazon. Edición digital.



***TRANSFORMANDO
EL CONOCIMIENTO
EN ACCIÓN***

Propiedad exclusiva de GEO – Estudio y Opinión

Prohibida su reproducción sin autorización

@2021