

ESPECIAL
COVID-19



NUESTRO APORTE FRENTE A LA PANDEMIA

COVID-19 VACUNAS Y SINDEMIA

Autor: **Carlos Falasca**

Fecha: **23/05/2021**

+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

Luego de “Trentina. Globalización. Advertencias”, nos acerca esta vez un nuevo trabajo con la idea de ayudarnos a poner la mirada en el día después de la pandemia.

En este segundo artículo se analiza la posibilidad de considerar al COVID 19 como una “sindemia” y se recorre lo sucedido en materia de vacunas y sus efectos a nivel mundial. La naturaleza sindémica nos lleva a pensar sobre la necesidad de un enfoque más equilibrado si queremos proteger la salud de nuestras comunidades. Un enfoque sindémico evidencia interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud implementadas.

Nos invita a reflexionar sobre los efectos que ha generado la pandemia en el mundo, cuáles han sido los aprendizajes y qué podría ocurrir luego de esta crisis que ha alcanzado a cada rincón del planeta.

Palabras clave de este documento

**#Vacunas; #OrganismosInternacionales;
#Laboratorios; #Científicos; #Sindemia; #Europa;
#OMS**

COVID 19 – VACUNAS Y SINDEMIA

VACUNAS. CIENCIA Y POLÍTICA.

Para entender la magnitud del impacto de la pandemia del SARS-COV2, haré una breve síntesis de lo acontecido a nivel mundial de acuerdo con los informes de los Organismos internacionales, ya que lo que ha sucedido en los otros países nos afectará tanto en forma directa o indirecta en nuestra economía interna y externa como en el desarrollo futuro de los ciudadanos en función de las políticas públicas que se apliquen.

Al 28 de abril de 2021 teníamos a nivel mundial 148 millones de personas contagiadas y más de 3 millones de muertos (desde enero de 2020)¹ . En Argentina 2.905.172 personas contagiadas y 62.533 muertos. Ante esta situación, se están imponiendo nuevas restricciones a nivel mundial con cese de actividades, menos frecuencia de vuelos internacionales, cierre de escuelas y reaparecen nuevos paquetes de ayuda financiera. Al ver estas cifras, me surge la primera pregunta: ¿Por qué las políticas públicas resultaron tan ineficaces?

Mientras que los científicos del mundo compartieron información libremente y trabajaron juntos en beneficio de la investigación en general, los políticos no consiguieron crear una alianza estratégica internacional contra el virus y acordar un plan global. No se hicieron esfuerzos serios para reunir todos los recursos disponibles y optimizar la producción global para asegurar una distribución equitativa de los equipos de protección personal, métodos de diagnóstico, nuevos antivirales, anticuerpos monoclonales y vacunas (aunque la OMS haya pedido desde el inicio de la pandemia la necesidad de un plan coordinado globalmente).

En la actualidad se han aprobado en EE. UU y Europa vacunas que tienen diferente eficacia, pero el mismo objetivo y resultado: *disminuir la hospitalización de los casos graves y la*

¹ Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

muerte. Estas vacunas son: Pfizer (89.9%) y Moderna (94.1%) (que usan una nueva tecnología del ARN mensajero), AstraZeneca (70.4%) (en conjunto con la Universidad de Oxford), Laboratorio Guamaleya de Rusia -Sputnik V (91.1%)- y la del laboratorio Johnson & Johnson (72%) (que requiere una sola dosis). Las tres últimas usan el ADN del virus en forma de vectores virales o virus inactivados. China e India son los únicos países que producen vacunas con virus inactivados. Se han informado efectos colaterales, pero el último informe del organismo de control de vacunas de la OMS, ha dicho que, *los beneficios son mucho mayores que los riesgos que se pueden esperar*, dando lugar a la continuación de la aplicación de la vacuna de J&J.

La producción de estas vacunas no es suficiente para cubrir las necesidades de los 193 estados miembros de las Naciones Unidas y dos observadores (el Vaticano y Palestina). Además, la logística, la cadena de frío, el acceso y la capacitación del personal es lenta y ha sido inequitativa, siendo los países desarrollados los más favorecidos.

En un mundo con diferentes velocidades de vacunación, los países más ricos se vacunan a un ritmo 25 veces más rápido que los de menores ingresos, la recuperación económica variará y probablemente será más rápida en los países desarrollados y, por lo tanto, seguirán aumentando la brecha de ingresos, con efectos sobre las desigualdades sociales, educativas, sanitarias, la brecha digital, la pobreza y el hambre.

Al 28 de abril 202, habían sido vacunadas más de mil millones de personas a nivel mundial en 172 países (6.9% de la población mundial), a un ritmo de 20 millones de dosis diarias. Sólo 27 países de los más ricos tienen el 37% de las vacunas aplicadas. En Argentina se aplicaron 7.39 millones de dosis (8.2% de la población) y 800 mil personas recibieron las dos dosis. A manera de ejemplo las personas vacunadas en el mundo han sido: en Estados Unidos 232 millones (36.2% de la población), en China 229 millones (8.2% de la población) en el Reino Unido 47 millones (35.2% de la población), en Israel 5.16 millones (28.5% de la población) y en la India

147 millones (5.4% de la población). A este nivel de vacunación y de acuerdo con el Dr. Anthony Fauci (inmunólogo oficial de los EE. UU.), llevará años lograr la inmunidad global (que se obtendría con una vacunación del 70 al 85% de la población vacunada). Los anticuerpos de protección fueron positivos en aquellos casos que se evaluaron, entre los 14 y 21 días después de la primera dosis de la vacuna.

Para la opinión del Prof. S. Crotty del Instituto de Inmunología de la Universidad de La Jolla esta respuesta sería la responsable del 95% en la reducción de casos. La misma disminución de casos se dio en Israel a las dos semanas de aplicada la primera dosis (que vacunó a la totalidad de la población mayor de 65 años). Pero debemos recordar que la disminución de la curva de contagios y muertes comenzó en el mundo a mediados de enero, por lo que, es difícil de aceptar la reducción, como única causa de la vacunación. Además, habrá que esperar con la aparición de las mutaciones del virus y con las nuevas cepas (Reino Unido, Brasil, Sudáfrica y recientemente la de la India), si las vacunas siguen siendo efectivas (aparentemente si por el momento) y si el número de casos continua con la misma tendencia de disminución o hay un nuevo rebrote como el que se está observando.

De esta inequidad en el acceso, surgió la necesidad del lanzamiento del programa COVAX por parte de la OMS. Su objetivo es acelerar el desarrollo y la fabricación de vacunas contra el COVID-19, garantizar su acceso justo y equitativo para todos los países del mundo y así poder lograr que dos mil millones de dosis puedan ser distribuidas para fines de 2021. El acceso equitativo mundial a una vacuna con la que se protegerá especialmente a los trabajadores de la salud y a las personas que corren un mayor riesgo como son los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y las comunidades vulnerables (ya se ha empezado a incluir a los maestros), es la única forma de mitigar las repercusiones de la pandemia en la

salud pública y evitar que la economía mundial siga perdiendo 375 mil millones de dólares mensualmente.²

Los avances científicos y tecnológicos generados desde ese momento han demostrado en esta pandemia todo su poder en una tarea de colaboración multicéntrica. Ha sido clave para esto la secuencia del genoma humano en el año 2000 en esta batalla que se ha dado a lo largo de la historia de la humanidad entre los humanos y los patógenos (virus, bacterias, parásitos y hongos), producto de un mayor vínculo con los animales y el resurgimiento de las virosis de origen animal (zoonosis).

Además de los aportes biotecnológicos, las tecnologías de la información y comunicación facilitaron la continuidad de las relaciones, pasando del mundo físico al virtual (en lo social, laboral, educativo y económico), evitando un colapso mayor.

En función del desarrollo de cada país (sin duda muy diferentes) con los aportes de la vigilancia digital se pudieron rastrear a todos los que mostraban síntomas, los presintomáticos y los asintomáticos, facilitando la localización de los vectores de contagio de la enfermedad y aislarlos preventivamente en forma selectiva con criterio epidemiológico, mientras que los sanos podían seguir trabajando.

SINDEMIA

El tema sanitario está en directa relación con la vertiginosa dinámica de la información. He sostenido el concepto de la implicancia de las enfermedades crónicas no trasmisibles en la evolución de la infección con SARS-COV 2 en diferentes disertaciones (invitado por grupos de epidemiólogos, sanitaristas, psicólogos y ONG) desde la primera semana de junio de 2020.

² Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS)

Con la finalidad de dar a conocer su opinión sobre la pandemia de COVID-19 el científico Richard Horton publicó el 26 de septiembre de 2020 en la prestigiosa revista The Lancet “COVID 19 is not a pandemic” (“El COVID 19 no es una pandemia”). En algunos de sus párrafos dice: *“Todas nuestras intervenciones se han enfocado en cortar las líneas de transmisión viral, por lo tanto, controlar la propagación del patógeno. La ciencia que ha guiado a los gobiernos ha sido impulsada principalmente por modeladores de epidemias (modelos matemáticos) y especialistas en enfermedades infecciosas que, comprensiblemente enmarcaron la actual emergencia sanitaria en los términos centenarios de una peste.*

Pero lo que hemos aprendido hasta ahora nos dice que la historia de COVID-19 no es tan simple. Hay dos categorías de enfermedades que interactúan dentro de poblaciones específicas: la infección por el coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2) y una serie de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) o enfermedades crónicas preexistentes (Entre ellas debemos mencionar: obesidad, afecciones cardíacas, pulmonares, oncológicas, inmunodeprimidos, diabetes, HIV). Estas condiciones se presentan dentro de los grupos sociales con patrones de desigualdad profundamente arraigados en nuestras sociedades.

La agregación de estas enfermedades en un contexto de disparidad social y económica exagera los efectos adversos de cada enfermedad por separado. COVID-19 no es una pandemia. Es una sindemia (Conjunto de problemas de salud vinculados, que implican dos o más enfermedades, que interactúan de forma sinérgica y contribuyen al exceso de carga de enfermedad en una población). La naturaleza sindémica de la amenaza que enfrentamos significa que se necesita un enfoque más equilibrado si queremos proteger la salud de nuestras comunidades”.

Un enfoque sindémico evidencia interacciones biológicas y sociales que son importantes para el pronóstico, el tratamiento y las políticas de salud implementadas. Limitar el daño causado

por el SARS-CoV-2 exigirá mucha más atención a las enfermedades no transmisibles o crónicas que están en franco aumento en el mundo y a las desigualdades e inequidades socioeconómicas que afectan a nuestro país. Para los mil millones de personas más pobres del mundo en la actualidad las enfermedades crónicas representan más de un tercio de su carga de enfermedad.

En Europa a fines del verano del 2020, la relativa ausencia de virus había terminado. Los casos nuevamente aumentaron en España, Francia, Reino Unido y otros países y con el comienzo del otoño se implementaron algunas restricciones focalizadas. Pero esta vez, el continente está probando una nueva estrategia: cierres a partir de determinados horarios y aislamientos selectivos de los positivos y sus contactos. El resto de la población continua su actividad con las medidas preventivas elementales de lavado de manos, distanciamiento físico y eventual uso del barbijo en lugares cerrados con mayor circulación de gente y eventualmente del virus. No obstante, en estas situaciones nada es absoluto, todo es relativo y la realidad puede agravarse en cualquier momento.

La opción de aislamientos focalizados es aplicable porque a mayor número de testeos y mayores tasas de infección entre los más jóvenes se ha observado que las muertes que se están produciendo son sólo una fracción de los niveles que tuvieron en la primera etapa de la pandemia y disminuyó significativamente el número de hospitalizaciones. Mientras esa tendencia se mantenga los gobiernos están dispuestos a evitar las medidas draconianas que causaron las recesiones en 2020. “No sobreviviremos, económica y socialmente a un bloqueo absoluto y generalizado” dijo el Ministro de Economía y Finanzas francés, Bruno Le Marie.

No obstante, la táctica sólo funcionará junto con un abordaje epidemiológico más amplio de rastreo y testeo de los casos, así como una férrea responsabilidad social comunitaria. Por su parte la OMS el 12 de octubre de 2020 en una declaración de su Director puso en evidencia que muchos pacientes infectados con el COVID-19 (ya sea de forma leve o grave), meses

después aún presentan síntomas como fatiga, dolor y dificultades para respirar (lo que se conoce ahora como “COVID prolongado”). Además, manifestó: *“...La inmunidad de rebaño se logra protegiendo a las personas de un virus, no exponiéndolas a él. Nunca en la historia de la salud pública se ha utilizado la inmunidad de rebaño como estrategia para responder a un brote y mucho menos en una pandemia. Es científica y éticamente problemático...”*. Y recalcó *“...que la gran mayoría de las personas en el mundo siguen siendo susceptibles a contagiarse de COVID-19 y que los estudios de seroprevalencia sugieren que en la mayoría de los países menos del 10% de la población ha sido infectada con el virus COVID-19. Permitir que un virus peligroso que no comprendemos completamente circule libremente es simplemente poco ético. No es una opción”*.

El Director General de la OMS en la misma declaración dejó en claro que *“el confinamiento no es la única opción y reconocía que en determinados momentos algunos países no han tenido más remedio que poner en práctica medidas de confinamiento para ganar tiempo”*. Enfatizó: *“este virus se transmite principalmente entre contactos cercanos y provoca brotes que pueden controlarse implementando medidas específicas como evitar los eventos masivos, proteger a los vulnerables, empoderar, educar e involucrar a las comunidades y persistir con las mismas herramientas que hemos estado defendiendo desde el primer día: encontrar, testear, y aislar el caso, y rastrear y poner en cuarentena a sus contactos”*. Agregó que *“las tecnologías digitales ayudan a que las herramientas de salud pública probadas y comprobadas sean aún más eficaces, como las aplicaciones móviles para respaldar los esfuerzos de rastreo de contactos, aplicaciones que bajan las personas y al comunicar sus síntomas son testeados”*.

A mi entender ambas declaraciones se contradecirían, NO a la inmunidad natural, y NO a los confinamientos. Entonces, ¿cuál es el abordaje correcto? ¿Fueron sus declaraciones una defensa a las potenciales vacunas que se estaban desarrollando en ese momento?

Por otra parte, un grupo de científicos provenientes de diferentes disciplinas como salud pública, bioestadística, finanzas y psiquiatría, el 16 de octubre de 2020 dieron a conocer lo que llamaron, “The Great Barrington Declaration: COVID Lockdowns Unnecessary” (Declaración de Barrington: El cierre de los comercios es innecesario”). La declaración establece que *“A las personas que no son vulnerables se les debe permitir inmediatamente reanudar la vida con normalidad. Todos deben tomar medidas sencillas de higiene, como lavarse las manos y quedarse en casa cuando están enfermos, para reducir el umbral de inmunidad colectiva. Las escuelas y universidades deben estar abiertas a la enseñanza presencial. Deben reanudarse las actividades extracurriculares, como los deportes. Los adultos jóvenes de bajo riesgo deberían trabajar normalmente, en lugar de hacerlo desde casa. Deberían abrirse restaurantes y otros negocios. Deben reanudarse las artes, la música, el deporte y otras actividades culturales. Las personas que corren un mayor riesgo pueden participar si lo desean, mientras que la sociedad en su conjunto disfruta de la protección conferida a los vulnerables por quienes han construido la inmunidad colectiva.”*³

³ “The Great Barrington Declaration: COVID Lockdowns Unnecessary” (Declaración de Barrington: El cierre de los comercios es innecesario”) – 16 de octubre de 2020

REFLEXIONES

Mientras que la ciencia desde el inicio de la pandemia tuvo una actividad multi e interdisciplinaria a nivel global, la política no estuvo a la altura de las circunstancias y su labor fue completamente incoordinada.

El impacto en lo sanitario, económico, social y educativo a nivel mundial ha tenido una profundidad muy diferente en virtud de la situación de cada país en el inicio de la pandemia en enero de 2020.

Los más afectados han sido los países pobres y con importantes déficits fiscales, que tienen de por sí una capacidad de respuesta muy baja en tiempos normales y, la disrupción de la pandemia les generó un aumento significativo de la pobreza e indigencia, el riesgo alimentario, las inequidades y un pronóstico muy severo en cuanto a la recuperación en 2021. Los paquetes billonarios de ayuda económica aprobados por la UE y en Estados Unidos son un claro factor que marca las diferencias.

La distribución de las principales vacunas ha sido otro elemento distorsivo, ya que los países ricos tuvieron acceso en forma más rápida y en mayor cantidad que el resto del mundo, (219 países, de los cuales 193 forman parte de las Naciones Unidas), lo que dio lugar a la implementación por parte de la OMS del programa COVAX para intentar disminuir estas asimetrías y vacunar a la mayor cantidad de grupos vulnerables globalmente y poder reiniciar la actividad económica. La pregunta que deberíamos hacernos es si el mundo aprenderá de lo acontecido y estará dispuesto a prepararse, como lo habían recomendado los organismos internacionales entre el 2015/18, para futuras pandemias.

Tomar el COVID-19 como una sindemia, permitirá tener una visión más amplia de la realidad que abarque la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y el medio ambiente. Debemos lograr ver la realidad tal cual se presenta y con un enfoque epidemiológico y multidimensional de la pobreza.



*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 Pública 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