

CÓRDOBA

- Sólo se infectó 2,5% de los inmunizados contra la COVID-19

ARGENTINA

- Situación epidemiológica de las arbovirosis (excepto dengue)

AMÉRICA

- Chile: Reportan 15 casos de psitacosis en la Región de Los Lagos
- Ecuador: Los casos de dengue siguen aumentando en las áreas pobres de la Costa y Amazonía

- Estados Unidos: La variante Delta representa ya 99% de los casos de COVID-19
- Estados Unidos: Advierten sobre la posibilidad de una brutal epidemia de influenza en este invierno

EL MUNDO

- África: Se extienden en la región los parásitos de la malaria resistentes a los fármacos
- Camboya: Estudiosos de los murciélagos rastrean el origen del SARS-CoV-2
- China: Nuevo caso humano de influenza aviar A(H5N6)

- Níger: Situación epidemiológica del cólera
- Túnez: Cinco muertes humanas por rabia en lo que va del año
- Resultados positivos de la vacuna de Pfizer/BioNTech en niños de 5 a 11 años
- Por qué podrían desperdiciarse 241 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19

OPINIÓN

- Antiintelectualismo y COVID-19: ¿vuelve el culto a la ignorancia?

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

ISSN 2796-7050

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // ANA CEBALLOS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // FANCH DUBOIS // SERGIO CIMERMAN // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // GUILLERMO CUERVO // ÁNGELA GENTILE // TOMÁS ORDUNA // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // DOMINIQUE PEYRAMOND // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // NATALIA SPITALE // CARLA VIZZOTTI // LOLA VOZZA

Adherentes























Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

De las 2.420.876 personas vacunadas con al menos una dosis de la vacuna contra la COVID-19 en Córdoba hasta el 17 de septiembre, apenas 62.700 contrajeron la enfermedad: 2,59% del total. El dato, difundido en el informe epidemiológico semanal que elabora el Ministerio de Salud provincial desde que se inició la pandemia, indica que en la provincia las vacunas aplicadas no sólo muestran un alto desempeño para disminuir la hospitalización y muerte sino también como barrera contra la infección.



A su vez, fallecieron 1.210 personas vacunadas (0,05%), 80% de ellas con una sola dosis. La proporción de decesos por la enfermedad entre los vacunados con esquemas completos es de 0,01%. Y 97,8% de las personas fallecidas que contaban con al menos una dosis de vacuna contra la COVID-19 presentaba comorbilidades y la mediana de edad fue de 75 años.

Los datos corresponden hasta la semana epidemiológica (SE) 37 –que terminó el 18 de septiembre–, cuando el porcentaje de vacunación en la población mayor de 12 años era de 79,4% con una dosis y 59,9% con las dos. En los adolescentes, el último grupo etario habilitado para comenzar la vacunación, 9,9% tenía una dosis y 2,9% las dos dosis.

Contagios en niños y adolescentes

Todos los indicadores van a la baja, pero en las últimas cuatro semanas se registra un incremento progresivo en el porcentaje de casos en menores de 20 años, la población con menor cobertura de vacunación.

Es por esto que entre las líneas estratégicas el Ministerio de Salud provincial se definió focalizar las estrategias de prevención y vigilancia en la población menor de 18 años ya que esta población es la que recién comienza a inmunizarse.

Los nuevos casos de COVID-19 vienen en descenso constante desde hace ocho semanas. Desde el 1 de agosto al 19 de septiembre se aceleró: se registró una reducción de 92% del número de casos activos. Los porcentajes de disminución semanal de casos entre las últimas siete semanas, oscilan entre 21 y 47%. En la SE 37 se registró 47% menos casos que en la semana anterior.

Los fallecimientos muestran una caída sostenida desde hace 15 semanas. El punto de inflexión se alcanzó con una cobertura de vacunación de 10% con dos dosis y de 45% con una, en junio.

La ocupación de camas críticas para adultos con COVID-19 comenzó a disminuir tres semanas después del pico de casos en la SE 25, en junio. Lleva ya 14 semanas en caída.

Dos meses de la variante Delta

El primer caso notificado de variante Delta en Córdoba ocurrió hace 59 días. Y hasta la semana que pasó, su circulación está presente en forma comunitaria pero representa apenas 3% de los casos.

La tendencia de variantes de interés identificadas en la provincia de Córdoba, muestra un predominio de Gamma en la población general, con 64,2%, frente a 2,2% de Delta y 1,5% de Alpha. En las personas que regresaron de viaje desde el exterior o que están asociadas a brotes por variante Delta, también se observa un predominio de Gamma (36,7%) frente a Delta (19,7%).

La aparición de la variante Delta no cambió la tendencia a la baja en contagios, hospitalizaciones y muertes.

Se sostiene el testeo

Durante las últimas cinco semanas el promedio semanal fue de 107.106 estudios. En la última semana, la positividad fue de 3,7%.

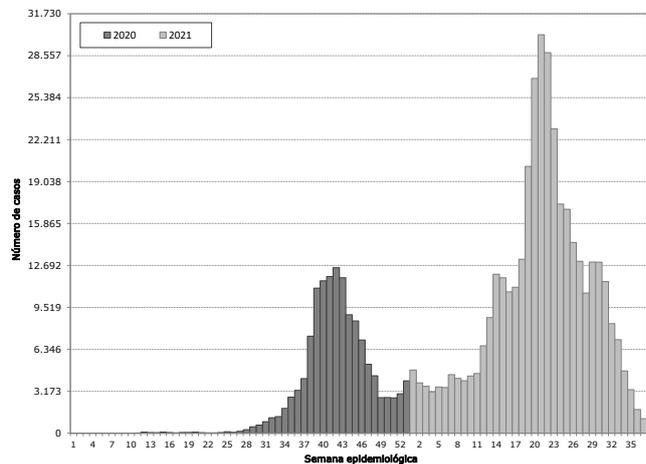
La SE 37 finalizó con 1.584 casos que continúan activos (634 en la ciudad de Córdoba y 950 en el interior provincial).

En 76% de los casos se puede identificar el nexo de transmisión de la enfermedad, por lo que los expertos consideran bajo el índice de casos en investigación y de transmisión comunitaria.

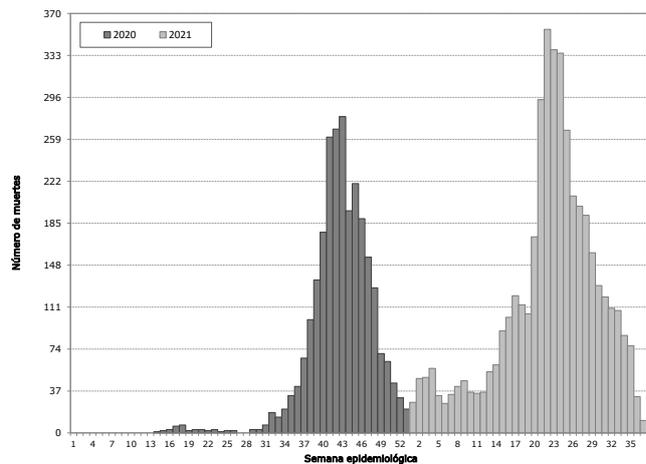
Un alto porcentaje de los contagios se registra entre vínculos no laborales y en reuniones sociales. Del total de contactos estrechos no convivientes de casos positivos registrados en la ciudad de Córdoba, 61% refirió haberse contagiado en un entorno domiciliario.

Uso del barbijo

Se puso más énfasis en la recomendación del uso del barbijo, a partir del anuncio de que dejará de ser exigido a nivel nacional a partir del 1 de octubre al aire libre y sin aglomeración de personas alrededor.



Casos confirmados. Provincia de Córdoba. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 37 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 23 de septiembre de 2021.



Muertes confirmadas. Provincia de Córdoba. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 37 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 23 de septiembre de 2021.

El análisis de la información epidemiológica muestra una disminución sostenida del número de casos, internaciones y fallecimientos, lo que significa una notable mejoría en los principales indicadores. No obstante ello, El Ministerio de Salud de Córdoba recomendó sostener y promover los ejes de prevención como son el uso de las medidas de protección personal (barbijos, distanciamiento, ventilación), testeos, rastreos y aislamientos, así como continuar avanzando en la campaña de vacunación, a fin de consolidar este descenso.

Testeo sistemático

La Provincia definió entre sus prioridades estratégicas para esta etapa de la pandemia acompañar la supervisión continua por parte de los gobiernos locales del cumplimiento de los protocolos vigentes, sobre todo en sitios de alto riesgo como son los lugares de aglomeración de personas. Y le da un énfasis especial a promover el testeo sistemático como una práctica habitual en toda la población, en especial al retorno laboral y educativo.

En la temporada 2020/2021 –desde la semana epidemiológica (SE) 31 de 2020 hasta la SE 30 de 2021–, se registraron un caso confirmado de encefalitis de Saint Louis (provincia de Santa Fe, SE 11), y dos casos probables (Buenos Aires, SE 10; y Córdoba, SE 15). Además, se han notificado cuatro casos probables de infección por flavivirus: tres en la provincia de Buenos Aires (dos en la SE 5 y uno en la SE 20) y uno en Córdoba (SE 18). Por último, se encuentra en estudio un caso probable de infección por el virus Zika durante el embarazo, con antecedente de viaje a zona de riesgo.

Otros 875 casos fueron estudiados para encefalitis de Saint Louis, fiebre chikungunya, fiebre del Nilo Occidental, fiebre zika y fiebre amarilla; todos fueron descartados.

Complicaciones causadas por el virus Zika

Actualmente, se encuentra en estudio un caso probable de infección por el virus Zika durante el embarazo, con antecedente de viaje a zona de riesgo. Además, se notificó un caso de síndrome congénito con probable asociación con virus Zika en la provincia de Chaco, sin antecedente de viaje, correspondiente a la SE 20 de 2021, que fue investigado y descartado tras el resultado de las pruebas enviadas al laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Enfermedades Virales Humanas ‘Dr. Julio Isidro Maiztegui’/Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ (INEVH-ANLIS).

Asimismo, se estudiaron 58 casos con sospecha de complicaciones asociadas al virus Zika, con resultados negativos. Las provincias que realizaron estudios de laboratorio fueron Buenos Aires, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Fe y Tucumán. De los 58 casos, 22 fueron estudiados para el síndrome congénito de asociación con el virus Zika, 15 para la infección durante el embarazo, y 17 casos se estudiaron para síndrome de Guillain-Barré u otros síndromes neurológicos con sospecha de asociación con el virus Zika.

Fiebre amarilla

En Argentina no se registran casos de fiebre amarilla desde 2009. En esta temporada, desde la SE 31 de 2020 hasta la SE 29 de 2021, se han estudiado 11 casos con sospecha de fiebre amarilla en las provincias de Buenos Aires, Córdoba y Misiones, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (este último con antecedente de viaje), todos ellos con pruebas negativas. A su vez, en la provincia de Misiones, se han estudiado cuatro sospechas de epizootias en ejemplares de monos carayá (*Alouatta caraya*), tres reportadas durante 2020, y una en 2021 en Corrientes (SE 23), también con resultados negativos.



CHILE

REPORTAN 15 CASOS DE PSITACOSIS EN LA REGIÓN DE LOS LAGOS

22/09/2021

La autoridad sanitaria de la provincia de Osorno confirmó un aumento de casos confirmados de psitacosis, los que habrían tenido su origen en empresas agrícolas de Puerto Octay, Región de Los Lagos.

Los casos estarían asociados al caso índice, una veterinaria de 28 años que a fines de julio ingresó grave por un cuadro de neumonía al Hospital Base 'San José', siendo trasladada en riesgo vital a Santiago y con diagnóstico sin confirmar, luego de trabajar en empresas de la comuna lacustre. En ese momento se sospechaba que tenía fiebre Q.



Más tarde, el Instituto de Salud Pública confirmó que su infección había sido causada por la bacteria *Chlamydophila psittaci*, la que se encuentran en los excrementos de aves, y pueden transmitir la infección a los humanos.

Desde entonces, la red sanitaria activó un protocolo de emergencia para pesquisar otros casos, según reveló el epidemiólogo de la Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud en Osorno, Cristian Ignacio Rosas.

El profesional indicó que a la fecha los casos confirmados ascienden a 15, quienes han mostrado anticuerpos positivos para *Chlamydophila*, por lo que mantienen estudios que estiman se prolongarán hasta fin de año.

Respecto al origen del contagio, el que se mantiene como materia de análisis, desde la SEREMI de Salud señalaron que mantienen estudios y especial atención en los trabajadores que se desempeñaban con la primera persona infectada por la bacteria.¹

Respecto al origen del contagio, el que se mantiene como materia de análisis, desde la SEREMI de Salud señalaron que mantienen estudios y especial atención en los trabajadores que se desempeñaban con la primera persona infectada por la bacteria.¹

¹ La psitacosis es una enfermedad zoonótica de distribución mundial causada por *Chlamydophila psittaci*, una bacteria intracelular. Su reservorio principal son las aves y su mecanismo de transmisión es por contacto directo o por inhalación de secreciones respiratorias o heces secas de aves infectadas. Las personas con exposición ocupacional o recreativa a distintas aves tienen mayor riesgo de infección. Suele presentarse de forma esporádica, pero puede darse en brotes. La presentación varía desde infección subclínica hasta sepsis grave y afectación multisistémica.

Se han descrito brotes de psitacosis fundamentalmente en personas expuestas a aves, como veterinarios y empleados en tiendas de animales y criaderos de aves. Los casos clínicos pueden ser leves o graves, según la edad y salud de la persona, así como también otros factores. Los casos más graves por lo general se observan en ancianos y en personas debilitadas o inmunodeprimidas. Antes del uso de antibióticos, la tasa de letalidad era de 15-20% en la población general y alcanzaba a 80% en mujeres embarazadas. Los casos tratados correctamente rara vez son mortales. La convalecencia puede ser lenta cuando la enfermedad es grave.

Mientras los casos de COVID-19 disminuyen gracias al plan de vacunación, los de dengue siguen su ascenso en Ecuador. Esto ocurre sobre todo en las provincias de la Amazonía y de la Costa. Las últimas estadísticas del Ministerio de Salud Pública muestran que los casos de dengue han aumentado constantemente desde 2016, aunque con algunas excepciones.

En 2016, por ejemplo, se reportaron 14.159 contagios, mientras que en 2017 la cifra cayó a 11.387. Esta tendencia siguió en 2018 cuando hubo 3.094 casos.

Pero desde 2018, los números no han parado de crecer. En 2019 se contabilizaron 8.416 personas con dengue y en 2020 ya fueron 16.570. Para 2021, el número ya llega a los 16.943 y aún faltan más de tres meses para que termine el año.

El director de la Mesa Técnica de Salud del Municipio de Guayaquil, Washington René Alemán Espinoza, dijo que este repunte de contagios “se veía venir, pues las autoridades y la ciudadanía han abandonado las acciones preventivas como la limpieza de tanques de almacenamiento de agua, así como las fumigaciones y la educación”.

Alemán agregó que este descuido ha dado origen a la proliferación del mosquito vector de la enfermedad, *Aedes aegypti*.

Por otra parte, cada día hay personas que presentan cuadros más complicados. La presidenta de la Sociedad de Infectología del Guayas, María Fernanda Vidal Coronel, dijo que los pacientes llegan a los hospitales con sangrado nasal, dolor abdominal y deshidratación, producto del vómito y de la diarrea.

“Muchas personas cometen el error de automedicarse. Esto no hace otra cosa que ocultar momentáneamente los síntomas con el peligro de que se vuelvan peores”, explicó Vidal.

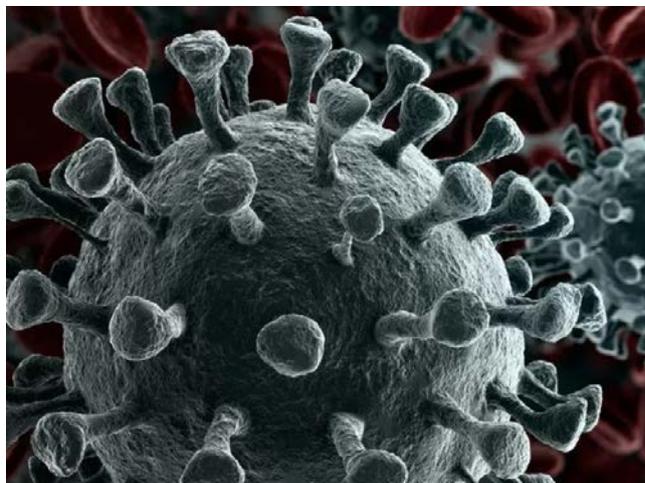
Los dos especialistas coinciden en que la mayoría de los casos se produce en las zonas más pobres de la Amazonía y de la Costa. Así ocurre en Monte Sinaí y zonas del sur como los Guasmos, en Guayaquil; y en las zonas rurales de la Amazonía. En estos lugares las personas no tienen agua potable y se ven forzadas a almacenar el líquido por varios días sin ninguna limpieza.

El Ministerio de Salud aseguró que la tasa de letalidad a causa de esta enfermedad es menor a 1%. Pero de los 16.943 casos registrados en 2021, 1.848 han presentado complicaciones y [62 han sido considerados como graves.](#)

Las provincias con más casos

Once provincias son las que superan el promedio nacional de 97 casos de dengue cada 100.000 habitantes, según el Ministerio de Salud Pública. En este grupo se encuentran las provincias amazónicas de Napo (481,7 casos cada 100.00 habitantes), Zamora Chinchipe (416,9) y Pastaza (302). En el listado también aparecen Galápagos (242), Esmeraldas (214) y Guayas (169,9).

La variante Delta del SARS-CoV-2, altamente transmisible y que provocó unos devastadores aumentos en India y Gran Bretaña la primavera pasada, y que provocó aumentos en los casos en Estados Unidos este verano, es ahora responsable de más de 99% de los casos en este país, según los [datos](#) más recientes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos.



Esta mutación se identificó por primera vez en India en diciembre de 2020, para luego expandirse rápidamente a otros países.

Los científicos creen que la variante Delta se disemina de dos a tres veces más rápido que las variantes anteriores, y es dos veces más contagiosa. Por eso, está generando un resurgimiento de casos, especialmente entre las personas que no están vacunadas contra la COVID-19 y en las áreas del país con bajas tasas de vacunación. Y no solo eso: también provocaría formas más graves de la enfermedad.

Al 20 de septiembre de 2021, los casos de COVID-19 en Estados Unidos suman 42,3 millones, con 675.722 muertes.

“No es inesperado, porque es más transmisible, pero también es un potente recordatorio de que necesitamos una vigilancia continua”, declaró la Dra. Saskia Popescu, epidemióloga y profesora asistente de la Universidad George Mason, en Virginia.

En junio, la variante Delta provocaba poco más de 25% de los casos de COVID-19, según la iniciativa de vigilancia genómica nacional de los CDC.

Ahora, un linaje particular de la variante Delta es la causa de 99,4% entre las variantes preocupantes. Otros linajes de la Delta son responsables de unos porcentajes mucho más pequeños (entre 0,1 y 0,2%).

Popescu señaló que la COVID-19 sigue siendo una amenaza grave para la salud pública. Aconsejó vacunarse y usar barbijo. “Lo más importante es no descuidarse. Necesitamos continuar con la vigilancia, la secuenciación genómica, el acceso a las pruebas y las intervenciones de salud pública”, enfatizó Popescu.

“La transmisión está ocurriendo con una exposición muy limitada, y esto significa que, por ejemplo, los momentos en que no se usa barbijo, se sale y se está rodeado de otras personas se convierten en un riesgo mucho mayor”, añadió.

Estados Unidos ha experimentado un aumento en las hospitalizaciones, a pesar de la disponibilidad de las vacunas, a las que algunos estadounidenses se han resistido. La variante Delta está impulsando el aumento en las hospitalizaciones.

“Vemos a más niños en el hospital ahora porque la variante Delta es más transmisible entre todo el mundo, adultos y niños”, comentó hace poco el Dr. Anthony Stephen Fauci, el principal médico de enfermedades infecciosas del país.

¿Por qué se disemina más fácilmente?

Un estudio realizado en China arroja luz sobre esta pregunta. Explica que la variante Delta se reproduce más rápidamente dentro de las vías respiratorias de las personas y a niveles mucho más altos, según informaron investigadores del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de la Provincia de Guangdong.

En promedio, las personas infectadas con la variante Delta tuvieron alrededor de 1.000 veces más copias del virus en sus vías respiratorias que las infectadas con la cepa original del SARS-CoV-2, concluyó el estudio.

Además, después de que una persona contrae la variante Delta, es probable que se vuelva infecciosa antes. La investigación mostró que, en promedio, la variante Delta tardó unos cuatro días en alcanzar niveles detectables dentro de un organismo, en comparación con los seis días de la variante original del SARS-CoV-2.

Otro trabajo observó que Delta tiende a enfermar más gravemente a las personas no vacunadas, pero, al ser una mutación más infecciosa, la probabilidad de contagiarse es alta.

Los científicos también están estudiando a [Delta plus](#), una subvariante de Delta que ya circula en Estados Unidos, que podría presentar nuevas características.

Las variantes que circulan en Estados Unidos

Actualmente circulan al menos cinco variantes en el país:

- **B.1.1.7** (Alpha): se detectó por primera vez en Estados Unidos en diciembre de 2020. Inicialmente se registró en el Reino Unido.
- **B.1.351** (Beta): se detectó por primera vez en Estados Unidos a fines de enero de 2021. Se observó inicialmente en Sudáfrica en diciembre de 2020.
- **P.1** (Gamma): se detectó por primera vez en Estados Unidos en enero de 2021. Se identificó inicialmente en viajeros de Brasil, que fueron evaluados durante un examen de rutina en un aeropuerto de Japón, a principios de enero.
- **B.1.617.2** (Delta): se detectó por primera vez en Estados Unidos en marzo de 2021. Se identificó inicialmente en India, en diciembre de 2020.
- **B.1.621** (Mu): se registró por primera vez en Colombia, en enero de 2021.

Expertos en medicina advierten que la próxima temporada de influenza podría ser particularmente severa, renovando los temores de una posible “pandemia gemela”, con la COVID-19 aún propagándose.

Como preparación, los funcionarios de salud instan al público a vacunarse contra la influenza lo antes posible. Aquí hay ocho temas que deben conocerse sobre la próxima temporada y cómo conseguir la vacuna anual contra la influenza durante la pandemia:



Una mujer de 73 años es vacunada contra la influenza en un puesto de vacunación instalado en un estacionamiento.

1. Después de una temporada de influenza muy leve el año pasado, esta podría ser difícil

El año pasado, la influenza alcanzó niveles mínimos récord en Estados Unidos, principalmente debido a los protocolos de uso del barbijo y distanciamiento físico en medio de la pandemia.

Pero eso significa que muchas personas no estuvieron expuestas a la influenza la temporada pasada y no tuvieron la oportunidad de aumentar su inmunidad. Al mismo tiempo, algunas restricciones pandémicas se han aflojado o eliminado, pero la COVID-19 sigue circulando.

Existe la preocupación de que esta sea una temporada de influenza especialmente severa debido a la relajación de las medidas de mitigación, el hecho de que muchas personas no estuvieron expuestas el año pasado debido a estas medidas y porque la influenza circulará simultáneamente con la COVID-19, de modo que es posible contraer ambas enfermedades al mismo tiempo, lo que podría provocar cuadros más graves y más muertes.

El reciente aumento de casos locales de otra enfermedad respiratoria, el virus sincicial respiratorio, también podría ser un presagio de una inminente temporada de influenza. Si la gripe se comporta como el virus sincicial respiratorio, el sistema de salud debe estar preparado para una gran presión.

2. Ahora es un buen momento para vacunarse contra la influenza

Lo ideal es que toda la población esté vacunada contra la influenza a fines de octubre, según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Pero septiembre es un buen momento para vacunarse contra la influenza.

Las vacunas anuales contra la influenza ya están disponibles. Lo mejor es no esperar, y procurarla ahora.

3. Las vacunas contra la COVID-19 y la influenza se pueden administrar al mismo tiempo

Se puede recibir la dosis de la vacuna contra la COVID-19 y otras vacunas en la misma visita. No es necesario esperar 14 días entre vacunaciones, según los CDC.

La agencia indica que los efectos secundarios después de la vacunación contra la COVID-19 son generalmente los mismos cuando se administran solos o con otras vacunas.

Las vacunas pueden aplicarse el mismo día, y así estar protegido y proteger a quienes nos rodean y que pueden ser especialmente vulnerables a la influenza y la COVID-19. Ambas vacunas son seguras y, en general, hay pocas personas con contraindicaciones para cualquiera de ellas.



Un puesto de vacunación que inyecta las dosis en un estacionamiento sin necesidad de abandonar el automóvil.

4. Es importante recibir estas vacunas para protegerse y ayudar a quienes no pueden vacunarse

Aunque los menores de 12 años todavía no pueden recibir la vacuna contra la COVID-19, la mayoría puede vacunarse contra la influenza, y los expertos en salud afirman que es importante protegerlos contra cualquier virus para minimizar las posibles enfermedades durante la pandemia.

Para los mayores de 12 años, es importante vacunarse contra la COVID-19 y la influenza, para mantener ambas enfermedades al mínimo.

Los menores de 6 meses no pueden vacunarse contra la influenza, por lo que es importante que los adultos y los niños lo hagan para ayudar a mantener a los bebés sanos. Cuantos más adultos se vacunen, menos probable será que los bebés vulnerables menores de 6 meses contraigan la influenza, otra razón por la que todos deberían vacunarse.

5. Las vacunas contra la influenza son particularmente importantes esta temporada para evitar que los hospitales se saturen

En muchas partes del país, los hospitales ya están sobrecargados con pacientes con COVID-19. La región más al sur de Illinois esta semana informó que no había camas disponibles en las unidades de cuidados intensivos esta semana, debido al aumento de las tasas de COVID-19.

Se están escuchando informes de personas que no pueden recibir la atención que necesitan. Todo lo que se pueda hacer para mantener a las personas fuera del hospital será útil. Esta es otra razón importante para que las personas se vacunen contra la influenza.

6. Las tasas de vacunación contra la influenza generalmente no son tan altas

Menos de la mitad de los adultos estadounidenses suelen recibir la vacuna contra la influenza cada año, según la Fundación Nacional de Enfermedades Infecciosas. La organización sin fines de lucro encargó una encuesta el año pasado y encontró que 59% de los adultos encuestados planeaban vacunarse contra la influenza durante la temporada de influenza 2020-2021, un aumento de 52% respecto del año anterior.

De los que no estaban seguros o no planeaban vacunarse, 34% no creía que la vacuna contra la influenza funcionara bien, 32% dijo que nunca contrajo influenza, 29% estaba preocupado por los posibles efectos secundarios y 22% dijo que estaba preocupado por contraer la influenza a través de la inmunización, aunque eso no es posible. Las vacunas contra la influenza se elaboran a partir de virus inactivados o de una sola proteína del virus y no pueden causar la enfermedad, según los CDC.

7. Ha habido un foco de atención sobre las vacunas –y la indecisión ante ellas– durante la pandemia, pero los expertos no están seguros de cómo esto podría afectar la aceptación de la vacuna contra la influenza esta temporada.

Sólo se puede esperar que anime a más personas a vacunarse contra la influenza, una enfermedad prevenible, como la COVID-19, gracias a las vacunas disponibles.

Incluso los pacientes que contraen influenza o COVID-19 después de la vacunación generalmente presentan una enfermedad mucho más leve y aún están protegidos de la hospitalización, enfermedades graves y [la muerte](#).

Un [estudio](#) encontró entre una muestra de personas en el Reino Unido que la COVID-19 ha aumentado la aceptación de la vacunación contra la influenza en personas previamente elegibles pero no vacunadas y motivó una aceptación sustancial en personas recientemente elegibles.

Pero el Reino Unido tiene una población y una cultura diferentes a las de Estados Unidos, por lo que es difícil pronosticar cuántas personas recibirán la vacuna contra la influenza aquí esta temporada.

Esto es difícil de predecir. Es esperable que la población se dé cuenta de que las vacunas contra la COVID-19 literalmente están salvando millones de vidas todos los días y que las vacunas contra la influenza pueden hacer lo mismo.

8. Si bien es difícil distinguir entre la influenza y la COVID-19, existen algunas diferencias en los síntomas

La congestión nasal es común en la influenza, pero rara en la COVID-19; la pérdida del gusto o del olfato a menudo se asocia con la COVID-19, pero es poco probable que se presente con la influenza, dicen los expertos en salud. Pero los dolores corporales, las fiebres, los dolores de cabeza y la fatiga son síntomas de ambos virus. Los funcionarios de salud recomiendan hacerse [la prueba de COVID-19](#) siempre que sea sintomático.



Un niño de 17 años recibe la vacuna contra la influenza dentro del automóvil.

El principal parásito causante de la malaria se está volviendo resistente a las artemisininas, los fármacos más importantes para combatirla, lo que puede dificultar la lucha contra una enfermedad que causa más de 400.000 muertes al año en el mundo. El descubrimiento obligará a replantear los protocolos de tratamiento.

El estudio, realizado en Uganda, se basó en 240 personas tratadas con artesunato, un derivado de la artemisinina. Se analizó el tiempo que tardaba el tratamiento en reducir los niveles de *Plasmodium falciparum* en la sangre, lo que indica la capacidad del parásito de resistir al fármaco. Además, se analizó el genoma del parásito en busca de mutaciones.



Anopheles funestus, uno de los vectores de la malaria en Uganda.

Los resultados muestran que las mutaciones en el gen *kelch13*, que confieren resistencia a las artemisininas, aumentaron de 3,9% de los pacientes en 2015 a 19,8% en 2019. El número de pacientes en los que el fármaco tarda más de cinco horas en reducir los niveles del parásito a la mitad –un tiempo excepcionalmente largo– aumentó de 4,6% en 2017 a 6,5% en 2019.

Son resultados muy preocupantes: por ahora los fármacos aún son eficaces, aunque tarden más en surtir efecto. Pero estos nuevos datos alertan sobre un problema de salud pública que puede ser importante en el futuro.

El gran temor es que se reproduzca la tragedia de la cloroquina, que era el principal fármaco contra la malaria antes del desarrollo de las artemisininas, pero que perdió eficacia cuando se expandieron los parásitos resistentes a ella. A finales de la década de 1990, la malaria resistente a la cloroquina causaba más de un millón de muertes al año en niños africanos.

Las artemisininas han sido claves para reducir la mortalidad de la malaria a menos de la mitad. Por su descubrimiento, la científica china Tu Youyou recibió el premio Nobel de Medicina en 2015.

Para prevenir la aparición de resistencias como había ocurrido con la cloroquina, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prohibió en 2006 utilizar las artemisininas como tratamiento único. Desde entonces se han combinado con otros fármacos, ya que para un parásito es más difícil volverse resistente a dos fármacos a la vez.

Aun así, en el mismo año 2006 se identificaron los primeros parásitos de la malaria resistentes a las artemisininas en el Sudeste Asiático, donde se han extendido a los seis países de la cuenca del río Mekong.

Era cuestión de tiempo que aparecieran casos resistentes a las artemisininas también en África, donde se registra 90% de los casos y muertes por malaria del mundo.



Anopheles moucheti, uno de los vectores de la malaria en Uganda.

En los últimos años se habían descrito casos anecdóticos de resistencia a las artemisininas en Ruanda y en Uganda. El nuevo estudio confirma el problema y demuestra que los parásitos resistentes a las artemisininas están en expansión. Es posible que también se encuentren en otros lugares de África donde no se han realizado estudios similares.

La estrategia para prevenir la aparición de más parásitos resistentes al tratamiento puede consistir en administrar tres fármacos en lugar de dos, o bien en administrar dos tratamientos a cada paciente utilizando combinaciones de fármacos distintas. En ambos casos, la estrategia se basa en el mismo principio de aumentar el número de fármacos para que al parásito le sea más difícil encontrar una vía de escape.

Los investigadores están recolectando muestras de murciélagos en el norte de Camboya en un intento por comprender la pandemia de COVID-19, regresando a una región donde se encontró un virus muy similar en los animales hace una década.

En 2010 se recolectaron dos muestras de murciélagos de herradura en la provincia de Stung Treng, cerca de Laos, y se guardaron en congeladores en el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Phnom Penh, en Camboya.

Las pruebas realizadas en ellos el año pasado revelaron un pariente cercano del SARS-CoV-2, que ha matado a más de 4,6 millones de personas en todo el mundo.

Un equipo de investigación de ocho miembros del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya ha estado recolectando muestras de murciélagos y registrando su especie, sexo, edad y otros detalles durante una semana. Se están llevando a cabo [investigaciones similares](#) en [Filipinas](#).

“Esperamos que el resultado de este estudio pueda ayudar al mundo a comprender mejor la COVID-19”, dijo el coordinador de campo Thavry Hoem, mientras sostenía una red para atrapar murciélagos.

Las especies hospedadoras, como los murciélagos, generalmente no muestran síntomas de patógenos, pero estos pueden ser [devastadores si se transmiten](#) a humanos u otros animales.

El Dr. Veasna Duong, Jefe de Virología del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya, dijo que su instituto había realizado cuatro viajes de este tipo en los últimos dos años, con la esperanza de obtener pistas sobre el origen y la evolución del virus transmitido por murciélagos.

“Queremos averiguar si el virus todavía está allí y saber cómo ha evolucionado”, dijo.

Los virus mortales que se originan en los murciélagos incluyen el del Ébola y otros coronavirus como el del síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el síndrome respiratorio de Medio Oriente (MERS).

Pero Veasna Duong dijo que los humanos fueron responsables de la devastación causada por la COVID-19, debido a la interferencia y destrucción de hábitats naturales.

“Si tratamos de estar cerca de la vida silvestre, las posibilidades de que el virus sea transportado por animales salvajes son mayores que lo normal. Las posibilidades de que el virus se transforme para infectar a los humanos también son mayores”, dijo.

“El proyecto también tiene como objetivo analizar cómo el comercio de animales silvestres podría estar desempeñando un papel”, dijo Julia Guillebaud, ingeniera de investigación de la unidad de virología del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya.

“El proyecto tiene como objetivo proporcionar nuevos conocimientos sobre las cadenas comerciales de carne de animales salvajes en Camboya, documentar la diversidad de betacoronavirus que circulan a través de estas cadenas y desarrollar un sistema de detección temprana flexible e integrado de eventos de propagación viral”, dijo Gillebaud.

El Centro de Protección de la Salud (CHP) del Departamento de Salud de Hong Kong está monitoreando de cerca un caso humano de influenza aviar A(H5N6) en China continental, y nuevamente instó al público a mantener una estricta higiene personal, alimentaria y ambiental tanto localmente como durante el viaje.

El caso involucra a un hombre de 53 años que vive en Dongguan, Guangdong. Hay una aparición frecuente de aves silvestres y pollos de traspatio en la casa del paciente. Desarrolló síntomas el 13 de septiembre y fue admitido para tratamiento el 18 de septiembre. El paciente se encuentra en estado crítico.

Desde 2014 hasta la fecha, las autoridades sanitarias de China continental han notificado 44 casos humanos de influenza aviar A(H5N6).

“Todas las nuevas infecciones por influenza A, incluida A(H5N6), son enfermedades infecciosas de declaración obligatoria en Hong Kong”, dijo un portavoz de la CHP.

Los viajeros a China continental u otras áreas afectadas deben evitar visitar mercados de aves de corral vivas o granjas. Deben estar alerta a la presencia de aves de corral cuando visiten a familiares y amigos. También deben evitar comprar aves de corral vivas o recién sacrificadas y evitar tocar las aves de corral o sus excrementos. Deben observar estrictamente la higiene personal y de manos cuando visiten cualquier lugar con aves de corral vivas.

Los viajeros que regresen de las áreas afectadas deben consultar a un médico de inmediato si se presentan síntomas e informar al médico de su historial de viajes para un diagnóstico y tratamiento oportunos de posibles enfermedades. Es fundamental informar al médico si han visto aves de corral vivas durante el viaje, lo que puede implicar una posible exposición a ambientes contaminados. Esto permitirá al médico evaluar la posibilidad de influenza aviar y organizar las investigaciones necesarias y el tratamiento apropiado de manera oportuna.

Mientras existan medidas locales de vigilancia, prevención y control, el CHP permanecerá alerta y trabajará en estrecha colaboración con la Organización Mundial de la Salud y las autoridades sanitarias pertinentes para monitorear los últimos desarrollos.²

² Hasta la fecha, se han reportado 43 casos humanos de influenza aviar A(H5N6) en China continental, siendo este último caso reportado el 19° en 2021.

El brote de cólera en Níger, declarado el 9 de agosto de 2021, está empeorando rápidamente. Al 14 de septiembre de 2021, se había notificado un total de 4.283 casos, con 144 muertes (tasa de letalidad de 3,4%). Esta tasa es alta en comparación con la esperada de menos de 1%. El brote está afectando actualmente a seis de ocho regiones del país (75%). Un total de 29 de 72 distritos sanitarios (40%) han reportado al menos un caso de cólera y en 20 de estos 29 distritos sanitarios (69%) el brote está actualmente activo.



Los niños, una población objetivo prioritaria e la campaña de vacunación contra el cólera.

Del total de casos, las mujeres (2.347 casos, 55%) se han visto más afectadas que los hombres (1.936 casos, 45%). El grupo de edad más afectado es el de 15 años o más, con 2.822 casos (66%), seguido del de 5-14 años con 549 casos (13%). La mayoría de las muertes, 117 (81%) se han registrado en el mismo grupo de edad de 15 años o más. En cuanto a las defunciones, los hombres se ven más afectados con 77 defunciones (53%) frente a 67 defunciones entre las mujeres (47%).

Desde el inicio del brote, se han recolectado y analizado un total de 278 muestras de materia fecal, de las cuales 156 fueron positivas (tasa de positividad de 56%). Se ha aislado el serotipo *Vibrio cholerae* Ogawa 01.

La región de Maradi reportó el mayor número de casos, con 2.381 (55,6%), y se considera el epicentro del brote, seguida de Tahoua (981 casos, 23%), Zinder (498 casos, 11,6%), Tillabery (236 casos, 5,5%), Niamey (107 casos, 2,5%) y Dosso (80 casos, 1,8%). Niamey ha registrado la tasa de letalidad más alta, de 10% (11 muertes de 107 casos reportados), seguida por Tahoua (6,0%; 58 muertes y 2.381 casos), Zinder (4,0%; 20 muertes y 498 casos) y Tillabery (3,4%; 8 muertes y 236 casos).

En cuanto a la dinámica del brote, la región de Dosso no ha reportado nuevos casos durante los últimos 10 días y, por lo tanto, ya no se considera un punto crítico, dado que se han alcanzado dos períodos de incubación de cinco días para el cólera. Las regiones de Maradi, Tahoua y Tillabery tienen al menos un distrito sanitario que ha notificado casos de cólera todos los días durante los últimos 10 días.

La temporada de lluvias aún continúa y las inundaciones resultantes, que son el principal factor de propagación de este brote, ya han afectado a casi 195.851 personas y han matado a 66 personas al 6 de septiembre de 2021. Se han derrumbado unas 12.475 casas, 5.960 hectáreas de tierras de cultivo se han perdido, al igual que 10.000 cabezas de ganado.

Todavía se notifican casos de cólera importados de Nigeria en las regiones afectadas, principalmente en la región de Maradi. Además de Burkina Faso, que informó de dos casos importados hasta ahora de Níger, Malí acaba de declarar que el brote de cólera en la región de Gao

está vinculado al brote en curso en la región de Tillabery en Níger. La cepa aislada en Malí es la misma que causó el brote en Níger (*Vibrio cholerae* Ogawa 01).

Acciones de salud pública

- El comité nacional de coordinación de la gestión de incidentes sigue reuniéndose periódicamente; también se están llevando a cabo reuniones semanales de este comité con el comité nacional de Una Sola Salud.
- Se ha realizado una visita conjunta de alto nivel liderada por el Ministro de Salud Pública, a las regiones afectadas de Maradi y Zinder con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras agencias de la Organización de Naciones Unidas (ONU); el principal objetivo de esta misión fue evaluar la calidad de las actividades de respuesta.
- Se están celebrando reuniones periódicas de los comités regionales de Una Sola Salud en las regiones afectadas.
- Se desplegaron cinco equipos de apoyo multidisciplinario en las regiones afectadas
- Se están llevando a cabo la gestión e investigación de casos en las zonas afectadas, así como el fortalecimiento de las actividades de vigilancia.
- También se está llevando adelante la transmisión diaria de datos de los distritos sanitarios al nivel regional, así como el análisis de datos en todos los niveles.
- Los tubos de recolección y los suministros de laboratorio se han entregado previamente en todos los distritos sanitarios.
- Está en curso en las áreas afectadas el fortalecimiento de las actividades de agua, higiene y saneamiento, incluido el tratamiento regular de los puntos de agua, la distribución de tabletas de Aquatab, los centros de tratamiento del cólera y las desinfecciones ambientales.
- Con el apoyo de la OMS, el país presentó el 7 de septiembre de 2021 la solicitud de vacunación al Grupo de Coordinación Internacional.

Interpretación de la situación

El brote de cólera en curso en Níger parece ser más severo en comparación con el último brote importante que experimentó el país en 2018, especialmente en términos de número de casos y recuentos de muertes, así como su patrón de propagación. La actual temporada de lluvias ha contribuido a la peligrosa situación, ya que se han registrado inundaciones en todas las regiones donde se han notificado casos de cólera. Entre algunas de las hipótesis para la elevada tasa de letalidad se encuentran las visitas tardías a los centros de salud, la edad avanzada de los pacientes y la baja calidad de la gestión de casos; sin embargo, es necesaria una evaluación en profundidad de la alta letalidad para confirmar estas hipótesis. Dos países vecinos (Burkina Faso y Malí) ya han declarado brotes de cólera relacionados con el de Níger, lo que genera preocupación por una mayor propagación internacional en toda la región. También se siguen notificando casos importados de Nigeria. La epidemia todavía está activa en Niamey, la capital del país, que tiene la mayor densidad de población, lo que podría causar un riesgo de propagación aún mayor de la enfermedad. Por tanto, es fundamental redoblar los esfuerzos desplegados hasta ahora para superar este brote.

Acciones propuestas

- Se debe priorizar la respuesta multisectorial al brote de cólera en Níger porque facilita la armonización de acciones y promueve la efectividad de la respuesta. Se debe realizar con urgencia una evaluación en profundidad para comprender las causas de las altas tasas de letalidad y establecer soluciones adecuadas. Las actividades de sensibilización de la pobla-

ción sobre la enfermedad siguen siendo fundamentales y deben intensificarse en las zonas más afectadas y en riesgo. Debe organizarse una campaña de vacunación reactiva contra el cólera lo antes posible, dirigida a las personas en riesgo.

- También es importante pensar en una solución sostenible, ya que el cólera es endémico en Níger. Por tanto, es necesario fortalecer el sistema de salud, realizar acciones de promoción de la higiene y todas las estructuras puestas en marcha para la prevención y respuesta a los brotes de cólera en las zonas de riesgo. Las comunidades deben tener acceso a agua potable e instalaciones adecuadas de saneamiento e higiene. Debe elaborarse un plan de acción nacional para el control y la eliminación del cólera a largo plazo, que debe incluir recomendaciones de la hoja de ruta del grupo mundial de control del cólera.

Se han reportado cinco muertes humanas causadas por la rabia en Túnez desde principios de 2021 y hasta mediados de septiembre, mientras que en 2020 sólo se había registrado una, dijo el 22 de septiembre el Ministerio de Salud del país.

La rabia causa una muerte cada 9 minutos en todo el mundo, y de decenas de miles de personas cada año, principalmente en Asia y África, agregó el ministerio, quien indicó además que los menores de 15 años representan 40% de todos los mordidos por animales sospechosos de rabia. El costo de la rabia en todo el mundo se estima en 8.600 millones de euros al año.

El ministerio pidió a los dueños de perros que participen en la campaña anual de vacunación organizada por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Recursos Hídricos, y que vacunen a cualquier persona que haya sido mordida, arañada o incluso lamida en una herida abierta por un animal.

Las jornadas de puertas abiertas para concienciar al público sobre la importancia de vacunar a los perros se llevarán a cabo del 24 al 25 de septiembre.

También se organizarán campañas de concienciación en las escuelas, en colaboración con los scouts tunecinos, además de campañas de concienciación en los medios de comunicación.



Pfizer Inc. y BioNTech SE anunciaron el 20 de septiembre los resultados de un ensayo de fase 2/3 que muestra un perfil de seguridad favorable y respuestas sólidas de anticuerpos neutralizantes en niños de 5 a 11 años que utilizan un régimen de dos dosis de 10 microgramos (μg) administrados con 21 días de diferencia, una dosis menor que la dosis de 30 μg utilizada para personas de 12 años o más.

Las respuestas de anticuerpos en los participantes que recibieron dosis de 10 μg fueron comparables a las registradas en un estudio anterior de Pfizer/BioNTech en personas de 16 a 25 años inmunizadas con dosis de 30 μg . La dosis de 10 μg se seleccionó cuidadosamente como la dosis preferida por seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad en niños de 5 a 11 años. Estos son los primeros resultados de un ensayo fundamental de una vacuna contra la COVID-19 en este grupo de edad.

“Durante los últimos nueve meses, cientos de millones de personas de 12 años o más de todo el mundo han recibido nuestra vacuna contra la COVID-19. Estamos ansiosos por extender la protección que brinda la vacuna a esta población más joven, sujeto a la autorización regulatoria, especialmente a medida que rastreamos la propagación de la variante Delta y la amenaza sustancial que representa para los niños”, dijo Albert Bourla, presidente y director ejecutivo de Pfizer.

“Desde julio, los casos pediátricos de COVID-19 han aumentado en aproximadamente 240% en Estados Unidos, lo que subraya la necesidad de vacunación para la salud pública. Los resultados de estos ensayos proporcionan una base sólida para buscar la autorización de nuestra vacuna para niños de 5 a 11 años, y planeamos enviarlos a la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) y otros reguladores con urgencia”.

“Nos complace poder enviar datos a las autoridades reguladoras para este grupo de niños en edad escolar antes del inicio de la temporada de invierno”, dijo el Dr. Ugur Sahin, director ejecutivo y cofundador de BioNTech. “El perfil de seguridad y los datos de inmunogenicidad en niños de 5 a 11 años vacunados con una dosis más baja son consistentes con los que hemos observado con nuestra vacuna en otras poblaciones mayores con una dosis más alta”.

Los datos resumidos de este estudio de fase 2/3, que incluye a niños de 6 meses a 11 años de edad, corresponden a 2.268 participantes de 5 a 11 años de edad que recibieron un régimen de dos dosis de 10 μg cada una.

En el ensayo, los anticuerpos neutralizantes del SARS-CoV-2 demostraron una fuerte respuesta inmunitaria en esta cohorte de niños un mes después de la segunda dosis, similar a la de los participantes de 16 a 25 años de edad, utilizados como grupo de control para este análisis y a quienes se les administró un régimen de dos dosis de 30 μg . Además, la vacuna contra la COVID-19 fue bien tolerada, con efectos secundarios generalmente comparables a los observados en los participantes de 16 a 25 años.

Pfizer y BioNTech planean compartir estos datos con la FDA, la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y otros reguladores lo antes posible. Para Estados Unidos, las empresas esperan incluir los datos en un envío a corto plazo para la Autorización de uso de emergencia, a

medida que continúan acumulando los datos de seguridad y eficacia necesarios para solicitar la aprobación total de la FDA en este grupo de edad.

También está prevista una solicitud a la EMA para actualizar la Autorización de comercialización condicional de la Unión Europea. Las lecturas principales para las otras dos cohortes de edad del ensayo (niños de 2 a 5 años y niños de 6 meses a 2 años) se esperan para el cuarto trimestre de este año.

Pfizer y BioNTech planean enviar datos del ensayo de fase 3 completo para su publicación científica revisada por pares.

Acerca del ensayo de fase 1/2/3 en niños

El ensayo de fase 1/2/3 inicialmente inscribió hasta 4.500 niños de 6 meses a 11 años de edad en Estados Unidos, Finlandia, Polonia y España de más de 90 sitios de ensayos clínicos. Fue diseñado para evaluar la seguridad, tolerabilidad e inmunogenicidad de la vacuna Pfizer/BioNTech en un programa de dos dosis (aproximadamente con 21 días de diferencia) en tres grupos de edad: de 5 a 11 años; de 2 a 5 años; y de 6 meses a 2 años.

Según la parte de aumento de dosis de la fase 1 del ensayo, los niños de 5 a 11 años recibieron un programa de dos dosis de 10 µg cada una, mientras que los niños menores de 5 años recibieron una dosis menor de 3 µg por cada inyección en el estudio de fase 2/3. El ensayo incluyó a niños con o sin evidencia previa de infección por SARS-CoV-2.

COMIRNATY, que se basa en la tecnología de ARNm patentada de BioNTech, fue desarrollado por BioNTech y Pfizer. BioNTech es el titular de la autorización de comercialización en Estados Unidos, la Unión Europea, el Reino Unido, Canadá y el titular de las autorizaciones de uso de emergencia o equivalentes en Estados Unidos (junto con Pfizer) y otros países. Están previstas presentaciones para obtener aprobaciones regulatorias en aquellos países donde inicialmente se otorgaron autorizaciones de uso de emergencia o equivalentes.

Los países más ricos del mundo acumulan millones de vacunas contra la COVID-19 y siguen cerrando contratos con farmacéuticas, mientras algunos de los países más pobres todavía no han vacunado a 2% de su población.

Las estadísticas son contundentes: el excedente asciende a 1.200 millones de dosis, según un informe de [Airfinity](#), una empresa



de análisis de datos científicos que investiga el suministro global. Una quinta parte de esas dosis –241 millones de vacunas– podría desperdiciarse si los países ricos no las donan.

Son vacunas que Estados Unidos, la Unión Europea, Reino Unido, Canadá y Japón no van a necesitar incluso aunque comenzaran a administrar una tercera dosis de refuerzo, pero que los países más pobres no pueden aceptar a menos que les queden un mínimo de dos meses de caducidad.

Mientras tanto, poco más de la mitad de la población mundial no ha recibido ni siquiera una dosis de la vacuna.

En América Latina, solo una de cada cuatro personas está completamente vacunada contra la COVID-19, según [datos](#) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un informe publicado el 1 de septiembre.

“Más de un tercio de los países de nuestra región aún no han vacunado a 20% de su población. Y en algunos lugares, la cobertura es mucho menor”, explicó la directora de la OPS, Carissa Faustina Etienne.

“Las tasas de vacunación siguen estando por debajo de 20% en varios países del Caribe y Sudamérica, y la cobertura sigue siendo de un solo dígito en naciones centroamericanas como Guatemala, Honduras y Nicaragua. Lamentablemente, los países con alta cobertura son la excepción en nuestra Región”, remarcó.

En cuanto a las cifras globales, según [Human Rights Watch](#), 75% de las vacunas contra la COVID-19 han sido enviadas a 10 países.

La [Economist Intelligence Unit](#) calculó que la mitad de todas las vacunas fabricadas hasta ahora solamente han llegado a 15% de la población mundial; los países más ricos del mundo administran 100 veces más vacunas que los más pobres. Agathe Demarais, autora principal del estudio, dijo que no se tomaron en serio las promesas hechas al respecto: “Lo hemos visto mucho y sabemos que nunca sucederá”, aseguró.

¿Cuántas vacunas se prometieron y cuántas fueron entregadas?

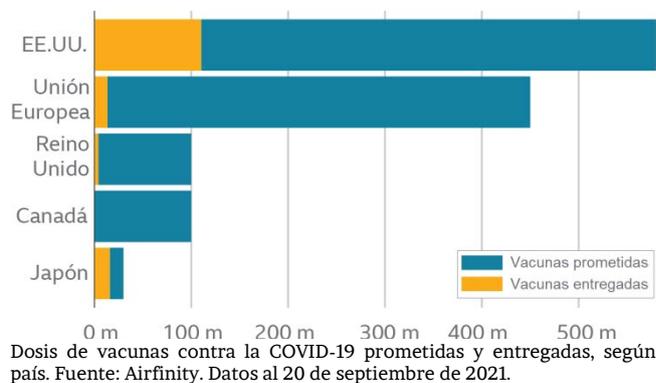
La diferencia entre las dosis que se prometieron entregar y las que efectivamente fueron entregadas es abismal.

En junio, los miembros del Grupo de los 7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido) se comprometieron a donar 1.000 millones de dosis a países pobres durante el año siguiente.

Reino Unido comprometió 100 millones a esa promesa; hasta ahora, ha donado algo menos de nueve millones.

El presidente estadounidense Joseph Robinette Biden Jr. prometió 580 millones, de los cuales Estados Unidos ha entregado hasta ahora 140 millones.

La Unión Europea prometió 250 millones de dosis para finales de año; ha enviado alrededor de 8% de ellas.



Los fallos del COVAX

Varios países de ingresos medios compraron vacunas a través del Fondo de Acceso Global para Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), el mecanismo respaldado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar que las dosis se distribuyen de manera equitativa entre todas las naciones.

A través de la alianza se compran y luego se venden vacunas a bajo costo a países de ingresos medios, y son donadas a países pobres.

Pero el COVAX se ha enfrentado a un importante problema de suministro.

Planeaban distribuir 2.000 millones de dosis en 2021. La mayoría de ellas provenían de una instalación en India, pero cuando una segunda ola de infecciones paralizó el país asiático en mayo, el gobierno emitió una prohibición de exportación.

Desde entonces, el COVAX se ha basado en dosis donadas por países ricos y el suministro ha sido muy lento. “Actualmente, las dosis tienden a compartirse en volúmenes bajos, con poca antelación y con fechas de vencimiento más cortas que las ideales, lo cual hace que sea un gran esfuerzo logístico asignarlas y entregarlas a países capaces de absorberlas”, dijo Aurélia Nguyen, directora ejecutiva del COVAX.

¿Por qué los países ricos tienen un excedente?

El excedente no se debe para nada a un problema de suministro global. Según el estudio de Airfinity, los fabricantes de vacunas están produciendo actualmente unos 1.500 millones de dosis cada mes. Habrán producido 11.000 millones de dosis para fin de año.

“Están produciendo una gran cantidad de dosis. Se ha incrementado enormemente en los últimos tres o cuatro meses”, dijo el Dr. Matt Linley, investigador principal de Airfinity.

“No creo que los países ricos fueran necesariamente codiciosos, es más que no sabían qué vacunas iban a funcionar, así que tuvieron que comprar varios tipos de ellas”, añadió Linley.

Con su reciente investigación, Airfinity espera mostrar a los gobiernos que existe un suministro saludable de vacunas y que no necesitan mantener excedentes. En lugar de eso, pueden donar lo que no necesitan ahora y estar seguros de que se producirán más dosis en los próximos meses.

”No quieren que una posible falta de dosis los tome desprevenidos”, dijo Agathe Demarais. “También se trata de presión política interna, porque parte del electorado probablemente estaría muy descontento de ver que se donan vacunas, si existe la sensación de que ‘en casa’ todavía se necesitan”.

El gobierno británico dice que no tiene una reserva de vacunas y ha llegado a un acuerdo con Australia para compartir cuatro millones de dosis que serán devueltas de la asignación de Australia a fin de año.



Los países ricos podrían tener 1.200 millones de dosis más de las que necesitan para fin de año, mientras otros no llegan a 2% de vacunación.

“El suministro y la entrega de vacunas se han gestionado cuidadosamente en Reino Unido para ofrecer a todos los que cumplen los requisitos la oportunidad de vacunarse lo antes posible”, dijo un vocero del Departamento de Salud y Asistencia Social.

La semana que viene se celebrará en New York, Estados Unidos, el segmento de alto nivel de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU). Su presidente, el embajador de Maldivas, Abdulla Shahid, dijo que planea convocar a una reunión con líderes y expertos para discutir cómo cerrar la brecha en el acceso a las vacunas.

Las miradas también están puestas en una cumbre anunciada por el presidente de Estados Unidos, el 29 de septiembre para pedir a los líderes mundiales que se comprometan a vacunar a 70% de la población mundial para septiembre del próximo año.

Falta de compromiso

Aurélia Nguyen cree que los gobiernos no son los únicos que deben actuar. “También necesitamos que los fabricantes cumplan con sus compromisos públicos con el COVAX y nos den prioridad sobre los acuerdos bilaterales con naciones que ya tienen dosis suficientes”.

“Si los fabricantes globales de vacunas están produciendo 1.500 millones de dosis cada mes, la pregunta que debe hacerse es: ¿por qué tan pocas llegan a los países pobres?”.

“Donde la necesidad de COVAX es mayor, los gobiernos deberían cambiar su lugar en la cola para que podamos obtener las dosis que hemos ordenado con anterioridad”.

”Cuidense del consenso de los ‘expertos’”, advertía desde su titular un [artículo de opinión](#) de la columnista Megan McArdle a fines de mayo. “Parece que este era algo ilusorio y habría sido bueno recordar que, como el resto de nosotros, los científicos son propensos al pensamiento grupal y que las preocupaciones no científicas pueden infiltrarse en sus declaraciones públicas”, arrancaba el texto.

McArdle explicaba lo fácil que era caer en “la trampa de ‘los expertos dicen’” y sugería que esta “ilusión de cuasi infalibilidad” prometía certezas en una época en la que el mundo está siendo mucho menos predecible de lo que pensábamos.

¿Razonable? El artículo criticaba que el “consenso de los expertos” hubiera encerrado en un ataúd [la desde entonces resucitada hipótesis](#) –hasta la fecha sin evidencias– de que el SARS-CoV-2 salió de un laboratorio de China.

“Los expertos no nos han contado la historia completa sobre la teoría del escape del laboratorio durante un año, ¿cómo sabemos si nos están contando la historia completa sobre el cambio climático?”, [se preguntaba en Twitter](#) el senador conservador australiano Matthew James Canavan días después. De alguna forma, había seguido el consejo de McArdle.

Las palabras de Canavan son reflejo del llamado “antiintelectualismo”, la desconfianza hacia los expertos. No es un problema nuevo: “En Estados Unidos hay un culto a la ignorancia, y siempre lo ha habido. Ahora los oscurantistas tienen una nueva consigna: ‘¡No confíes en los expertos!’”, escribió en 1980 Isaac Asimov en una [columna](#) sobre este tema. Hoy, algunos investigadores se preguntan cómo afecta esta actitud a la percepción de la pandemia.

Contra los expertos

“El antiintelectualismo ha jugado un papel poderoso moldeando la reacción del público a la pandemia”, aseguraban los autores de un [estudio](#) publicado este año. El SARS-CoV-2 [ha bajado a la propia ciencia de su pedestal](#), pero son los expertos e investigadores quienes están en



³ Sergio Ferrer es periodista científico, graduado en Biología..

primera línea: comunican mensajes de salud pública, desmienten bulos y forman parte de la respuesta de los gobiernos a la COVID-19.

Esta desconfianza, aplicada a la pandemia y según los autores del trabajo, reduciría la percepción del riesgo que supone el SARS-CoV-2 y la adherencia a las medidas, y aumentaría las percepciones erróneas.

Los resultados, obtenidos a partir de encuestas con miles de canadienses, confirmaron esa hipótesis. “El antiintelectualismo supone un reto fundamental para mantener e incrementar el cumplimiento del público de las directrices de salud pública contra la COVID-19 planteadas por los expertos”, concluían en el artículo.



El investigador de la Universidad de Ontario (Canadá) y coautor del trabajo, Eric Merkley, aseguró que son muchas las razones que pueden llevar a la población a desconfiar de los expertos. “Pueden tener creencias populistas por las que ven a los expertos como un grupo de élites que se opone a los intereses de la gente”, aseguró. Así, la ideología puede empujar a algunas personas a “rechazar” la opinión de los especialistas.

Merkley pone como ejemplo el cambio climático: “Tiene implicaciones políticas que se oponen a las creencias que tienden hacia la derecha, por lo que este tema puede crear animosidad frente a los expertos”.

Otro motivo, afirma, es la religiosidad, “típicamente ligada al antiintelectualismo porque la autoridad científica en ocasiones se ve como una amenaza para la autoridad religiosa”. También el miedo a la tecnología. “La conclusión es que científicos y expertos tiene un poder sobre las decisiones políticas que los lleva a tomar posiciones que amenazan los intereses y valores de ciertos grupos de ciudadanos”, añadió Merkley.

El investigador advierte de que estas actitudes “importan” en países como Canadá y Estados Unidos, donde han “moldeado” las actitudes y el comportamiento del público en todo lo que rodea a la pandemia de COVID-19.

Desconfianza en tiempos de crisis

El sociólogo de la Universidad Autónoma de Madrid Josep Antoni Lobera Serrano considera normal que estas mentalidades afloren en tiempos difíciles. “Es mucho más fácil vender que el pueblo está mal por culpa de las élites políticas, científicas y tecnocráticas cuando hay una crisis”, explicó. Ante eventos complejos sin una explicación sencilla y rodeadas de miedo e incertidumbre, determinadas personas se “activan” y “compran” este tipo de ideas.

Lobera cree que es importante “delimitar bien las fronteras” al hablar de este tema. Separa así entre la mentalidad anticencia, la conspirativa y el populismo anticientífico. Este último lo identifica con Donald John Trump y Jair Messias Bolsonaro y sus “interpretaciones políticas” de la ciencia. Sería, por lo tanto, una “rama política” distinta de las otras dos, aunque “a veces se entrecrucen”.

Estas posiciones no son un bloque cerrado y delimitado. “Tienen un rango muy amplio que va desde las dudas razonables, sutiles e informadas hasta el descreimiento total ante cualquier informe técnico no avalado por el partido político afín”, matizó Lobera.

Aclaró que son actitudes que siempre han estado ahí, en ocasiones escondidas dentro de cada persona. “En 2019 no veías personas conspiranoicas porque el mundo estaba tranquilo. De repente, en 2020 te sientas con barbijo en una terraza con tu primo y descubres una dimensión suya que no conocías porque el contexto es diferente”, comentó. “Él siempre ha sido así, se defiende de esa forma de una incertidumbre que hasta entonces no existía a ese nivel”.

Una actitud más positiva...

Aunque el trabajo de Merkley advierta de los peligros de la desconfianza hacia los expertos, lo cierto es que la actitud de la población ante la ciencia ha mejorado durante la pandemia. Así lo muestran [numerosas encuestas publicadas por todo el mundo en el último año](#).

El investigador de la Universidad de Warwick (Reino Unido) Eric Allen Jensen cree que la actitud de la población se ha vuelto más positiva hacia la ciencia y asegura no ver evidencia de que haya un “sector creciente” de personas con mentalidad antiintelectualista. Merkley tampoco lo piensa. De hecho, espera que la confianza aumente debido a que “la ansiedad de la gente ha hecho que se vuelvan hacia las autoridades científicas”.

“En estos tiempos de desinformación son unas raras buenas noticias”, aseguró Jensen en un [artículo](#) en el que compartía los resultados de algunas de estas encuestas. Por ejemplo, los niveles de confianza en la ciencia aumentaron en Alemania de 46% en 2019 a 60% en noviembre de 2020, antes de que se aprobaran las vacunas contra la COVID-19. El pico, sin embargo, se alcanzó en abril de 2020, con 73% de apoyo.

Lobera afirmó que esos vaivenes recuerdan que no se deben sacar conclusiones precipitadas, al menos en el caso de España. “Con los datos de España no se puede decir que la gente confía más en la ciencia”, dijo. “Para la gente ha sido un año y medio de shock, y en ese contexto hay quien reacciona creyendo en la ciencia y poniéndole velas como si fuera infalible; y hay quien duda del cura y del científico”.

Por eso cree importante esperar a que cada sector salga del estado de conmoción imperante para ver cómo se modula todo. En tiempos difíciles, algunos tienen una actitud “exageradamente confiada y científicista” y otros reaccionan ante la incertidumbre con pensamientos conspirativos.

... pero más polarizada

Jensen admitió que puede haber “una pequeña tendencia hacia la polarización” que haga que la visión de las personas sobre estos temas se vuelva más firme, ya sea hacia un lado o hacia otro. Lobera coincidió con esa apreciación y pidió prudencia: “La pandemia nos polariza, no podemos hablar de una tendencia social”, aclaró. “Tenemos tendencias sociales divergentes, con grupos con una mayor confianza en la ciencia y grupos con una mayor mentalidad conspirativa y anticientífica”.

Esta polarización ya la sugirió la [tercera ronda de la Encuesta de Percepción Social de aspectos científicos de la COVID-19](#), elaborada por la Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT) y dirigida por Lobera. Según sus resultados, uno de cada cuatro españoles cree que existen organizaciones secretas que influyen en las decisiones políticas y casi un tercio piensa que el barbijo es malo para la salud.

Las futuras encuestas de percepción de la ciencia deberán ser muy cuidadosas a la hora de evaluar los cambios en la polarización de la ciudadanía, explicó Lobera. “Será interesante, porque puede que la media no cambie mucho pero cuando mires más a fondo resulte que haya grupos que se han ido hacia los extremos”.

¿Qué sucederá cuando acabe todo? “Es imposible saber si estos cambios hacia una mayor confianza en la ciencia se mantendrán a largo plazo más allá de la pandemia, pero hay una buena posibilidad de que perduren”, confió Jensen. Puso como ejemplo un precedente histórico: el ambiente procientífico que siguió a los logros científicos y tecnológicos de mediados del siglo XX.

Lobera fue más cauto: “Vamos a salir más desiguales de esta crisis en lo referente a creencias, estado de ánimo e interpretaciones. Las teorías conspirativas durarán décadas”.

“Hay quien tendrá la pandemia en su vida durante muchos años, o seguirán anclados en 2020 y 2021. Algunos no recuperarán su economía, su vida ni su pareja perdida. Otros están hoy peor que nunca”, dijo. Por el contrario, “hay grupos que ya se han olvidado de la COVID-19”. Por eso no vió la situación en términos de principio y final, sino como “un chicle que se estira” más para unos que para otros.

Receta contra el antiintelectualismo político

Merkley aclaró que el antiintelectualismo puede variar entre grupos de ciudadanos, contextos nacionales y a lo largo del tiempo, pero que existen pocos datos para plantear un perfil demográfico común entre países.

“Según los datos de Canadá y Estados Unidos, los individuos con un alto sentimiento antiintelectualista tienen un nivel educativo y socioeconómico menor, son más religiosos y tienden a vivir en áreas rurales y ser hombres”, resumió. “Tienen menos aptitudes científicas, una menor inclinación a evaluar con cuidado la información nueva y se inclinan hacia la derecha política y el populismo”.

Este perfil, sin embargo, no tiene por qué ser extrapolable a otros lugares. Aseguró que no existe evidencia de que el sentimiento antiintelectual sea “más pronunciado” en unos países que en otros pero, de nuevo, comparó las similitudes entre Canadá y Estados Unidos.

Hace falta un consenso

“La diferencia fundamental que separa a países como Estados Unidos y Brasil del resto es el grado en el que las élites políticas usan una retórica antiintelectual para polarizar a su público”, comentó Merkley. Cuando medios y partidos concretos recurren a ella, la “atan a un conflicto ideológico con una extensión mucho mayor”. El resultado, advirtió, tiene “enormes consecuencias para la salud pública”. Pone como ejemplo las “catastróficas” tasas de vacunación en los estados republicanos de Estados Unidos.

Merkley explicó que lo más importante para evitar el antiintelectualismo es que políticos y partidos alcancen un consenso para que este concepto no quede unido a una ideología polarizada concreta. “Ese barco ha zarpado en varios países”, aseguró. La solución, según el investigador, pasa por elevar los mensajes de aquellos líderes de opinión que “se toman la COVID-19 en serio” y atraer a los ciudadanos con este tipo de mentalidad.

“Puede haber formas de plantear la vacunación de la COVID-19 de formas que atraigan a los conservadores que desconfían en los expertos más allá de simplemente apoyarse en la autoridad científica para lograr esa persuasión”, añadió Merkley.

En contextos tan polarizados como el de Estados Unidos, piensa, este viaje será una “enorme cuesta arriba”. El club de la ignorancia que denunciaba Asimov hace 40 años no desaparecerá con el SARS-CoV-2. Con suerte, tampoco aumentará su lista de miembros.

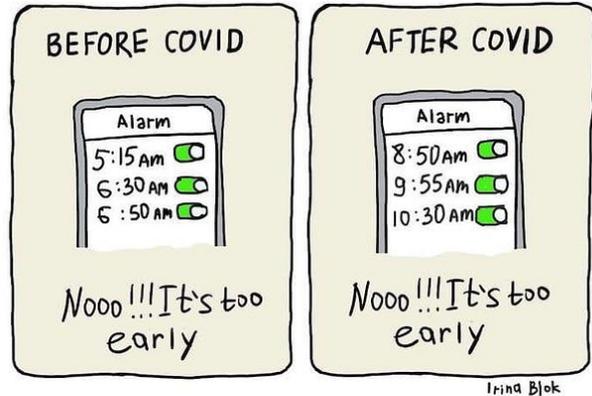
Arte y pandemia

spending money

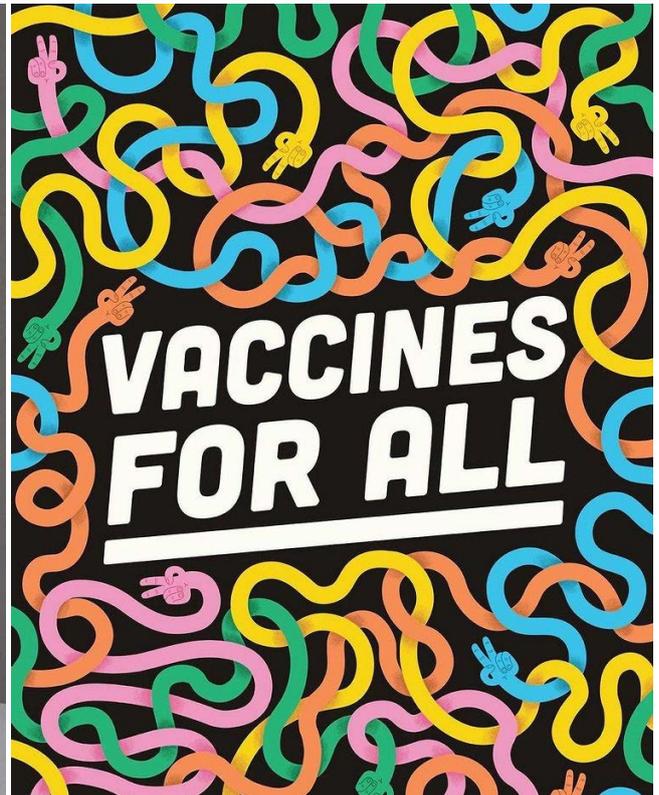


Irina Blok

waking up



Irina Blok



COVID Art Museum (@covidartmuseum).

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 aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.