



# Reporte Epidemiológico de Córdoba

31 DE MARZO  
2021  
REC 2.430

● Fallecimiento del Dr. Ángel Mínguez

## ARGENTINA

● Se detectan variantes de preocupación del SARS-CoV-2 sin nexos epidemiológicos ni contacto estrecho con viajeros

● ¿Cuál es la eficacia de la primera dosis de las vacunas contra la COVID-19?

● Buenos Aires: Se detectaron 30 focos de psitacosis en distintas zonas del Conurbano

## AMÉRICA

● “La COVID-19 no está retrocediendo y la pandemia es particularmente grave en América del Sur”

● Chile: Se han detectado ocho murciélagos con rabia en 2021 en la Región del Bío-Bío

● Colombia: Doce regiones en alerta por dengue

## EL MUNDO

● Angola: La tuberculosis mantiene una alta tasa de mortalidad

● Australia: Aumentan en Queensland los casos de melioidosis y leptospirosis

● España: Se confirma que la COVID-19 en niños es leve en la mayoría de los casos

● Filipinas: Iloilo registra cinco muertes humanas por rabia en lo que va del año

● La COVID-19 pone de relieve la necesidad urgente de reactivar los esfuerzos mundiales para acabar con la tuberculosis

● Más de 20 líderes de las naciones más poderosas del mundo firman un “Tratado contra futuras pandemias”

● La OMS concluyó que el SARS-CoV-2 proviene de murciélagos y que es “extremadamente improbable” que sea de laboratorio

### Comité Editorial

#### Editor en Jefe

ÁNGEL MÍNGUEZ †

#### Editores Adjuntos

ÍLIDE SELENE DE LISA  
ENRIQUE FARIÁS

#### Editores Asociados

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

### Adherentes



**SLAMVI**  
Sociedad Latinoamericana  
de Medicina del Viajero



Comité Nacional  
de Infectología  
SAP



Rev. Panam. de  
Enf. Infecciosas



**Vacunas  
SADI 2019**

**GEMICOMED**  
seimc.org



## Fallecimiento del Dr. Ángel Mínguez

Es muy difícil despedir a un amigo.

Mucho más sencillo sería empezar a hablar de su personalidad sencilla, humilde, honesta, frontal, comprometida y dispuesta, que ha dejado una profunda huella en la Infectología de nuestro país, presencia permanente e infaltable en cuanto Congreso, Jornada o cualquier otra ocasión reuniera a los mayores referentes de las Ciencias Médicas, tanto en Argentina como en el exterior.

Sería menos complicado referirnos al jefe del Departamento de Medicina Interna, o al del Área de Medicina del Viajero, o al del Servicio de Infectología del Hospital 'Nuestra Señora de la Misericordia' del Nuevo Siglo, al que colocó en un sitio de renombre, ya sea en el área asistencial como en el de la investigación científica, al lograr su participación permanente en numerosos ensayos y estudios.

Incluso sería muy fácil hablar de este enciclopedista e investigador insaciable, con una memoria y visión extraordinarias, con innumerables participaciones en las más diversas instituciones y sociedades científicas, aportando su conocimiento, sus relaciones y su conocida capacidad de negociación. En la última institución que tuteló, el Círculo Médico de Córdoba, no fue un Presidente más: con su actitud generosa y su permanente palabra orientadora, supo ganarse el respeto de todos.

Y, aunque parezca poco creíble, resultaría más simple despedir al Editor en Jefe de nuestro Reporte Epidemiológico de Córdoba, al que brindó refugio bajo su dirección hace ya 12 años, y guio con destreza en medio de los avatares de dos pandemias y variadas crisis sanitarias... y económicas.

Pero no. Nos toca despedir a un amigo. La pucha que es difícil.

Y en realidad, no sabemos cómo le hubiera gustado que lo despidiéramos. Nunca hablamos de ese tema tan espinoso, porque incluso nos ocultó la verdad sobre su salud casi hasta su desenlace, para no agregarnos una angustia.

Y no hace más que ahondar este pesar hablar de su simpatía, su mano tendida siempre, su don de gente, su preocupación por sus amistades, su sensibilidad por los demás, su guía permanente, el brillo en sus ojos cuando conversaba sobre proyectos propios y compartidos, durante horas de trabajo, tertulia e investigación, disfrutando la ciencia. Y así podríamos seguir por un largo rato.

La tristeza por esta pérdida es compartida por todos aquellos que tuvimos la suerte de conocerlo y maduramos una amistad de muchos años. Un pobre consuelo es saber que su paso por la vida dejó huellas indelebles en el recuerdo de quienes honró con su afecto.

Pero no queremos hacer más profunda esta congoja. Por eso, nos declaramos en rebeldía. No vamos a dejar ir a ese amigo imparcial y ecuánime, pacífico, paciente y comprensivo, absolutamente ajeno al rencor, la envidia o la venganza. Por su generosidad, su gran sentido del humor –irónico a veces–, su preocupación por los demás, siempre dispuesto a escuchar y a ayudar.

Nos negamos a despedirlo, no queremos su ausencia. Esta larga amistad lo obligará a estar presente entre nosotros. No se va a deshacer tan fácilmente de sus amigos.

Por eso, hasta cualquier momento, Ángel. Nos vemos. O nos hablamos. Y nos tomamos un café.



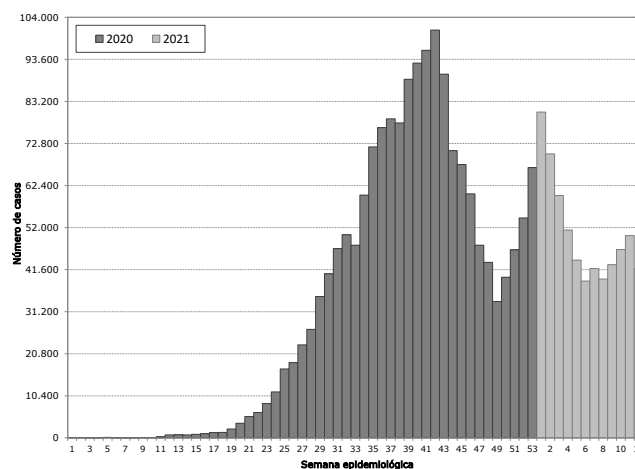
Los que hacemos el REC.



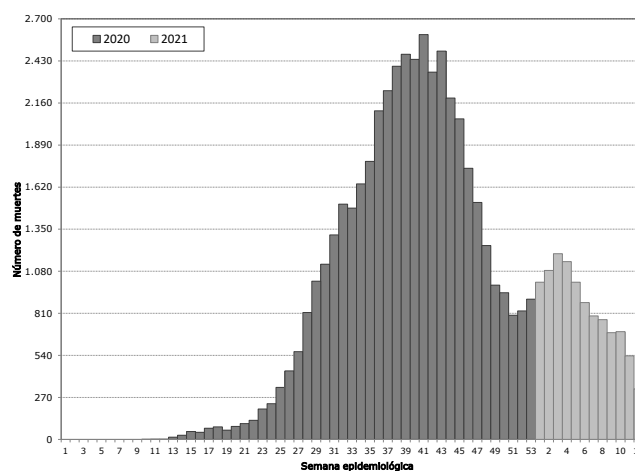
## SE DETECTAN VARIANTES DE PREOCUPACIÓN DEL SARS-CoV-2 SIN NEXO EPIDEMIOLÓGICO NI CONTACTO ESTRECHO CON VIAJEROS

29/03/2021

Son cuatro las variantes de relevancia epidemiológica que se detectaron en territorio argentino, que corresponderían a casos de infecciones adquiridas en la comunidad o de origen desconocido: la variante 501Y.V1 (Reino Unido), la variante 501Y.V3 (Manaus), la variante P.2 (Rio de Janeiro) y la variante CAL.20C (linaje B.1.427, California). Lo afirma el último [reporte](#) que presentó el Consorcio Proyecto Argentino Interinstitucional de genómica de SARS-CoV-2 (Proyecto PAIS) – creado desde el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación– sobre 297 muestras de personas infectadas por SARS-CoV-2 residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la provincia de Buenos Aires, sin antecedentes de viaje al exterior, y de 16 muestras de residentes en Córdoba, relacionados con reingreso de turistas argentinos, contactos estrechos o casos adquiridos en la comunidad. Todas las muestras fueron obtenidas entre el 1 de febrero y el 15 de marzo de 2021. Algunos de los casos detectados de las variantes 501Y.V1 (Reino Unido), 501Y.V3 (Manaus) y CAL.20C (California) corresponden a individuos sin antecedentes de viaje ni contacto estrecho con viajeros. Hasta el momento, no se detectó la combinación de mutaciones característica de la variante 501Y.V2 (Sudáfrica).



Casos confirmados. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 30 de marzo de 2021, 10:40 horas.



Muertes confirmadas. Argentina. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 30 de marzo de 2021, 10:40 horas.

### • Detección de la variante 501Y.V1 (Reino Unido)

La combinación de mutaciones característica de la variante 501Y.V1 (Reino Unido) se detectó en 16 casos (13 de CABA y 3 del Gran Buenos Aires –GBA– oeste), tres de ellos corresponden a contactos estrechos de los casos reportados, mientras que los otros diez corresponderían a casos de adquisición en la comunidad. En la provincia de Córdoba se detecta-

ron seis casos de la variante 501Y.V1 (Reino Unido), de los cuales cuatro presentan antecedente de viaje y dos son contactos estrechos de estos.

Es importante destacar que se observó un aumento en la frecuencia de detección de la variante 501Y.V1 (Reino Unido) en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) durante las últimas semanas epidemiológicas.

- **Detección de la variante 501Y.V3 (Manaus)**

La combinación de mutaciones características de la variante 501Y.V3 (P.1, Manaus) se detectó en tres casos de CABA, dos de los casos presentan nexo epidemiológico entre sí (contacto estrecho). Ningún caso tiene antecedente de viaje al exterior ni contacto estrecho con viajero, por lo que corresponderían a casos de origen desconocido. En Córdoba se detectaron seis casos de la variante 501Y.V3 (P.1, Manaus), de los cuales uno presentó antecedente de viaje y los cinco restantes son contactos estrechos de este.

- **Detección de la variante P.2 (Rio de Janeiro)**

En 35 casos se confirmó la identificación de la variante P.2 (Rio de Janeiro) por secuenciación de genoma completo y análisis filogenético. De ellos, solo uno tenía antecedente de viaje, y el resto corresponden a casos de circulación comunitaria.

- **Detección de las mutaciones S\_L452R/Q y de la variante CAL.20C**

En dos de estos casos, se identificó la variante CAL.20C (linaje B.1.427, California) a partir de la secuenciación del genoma completo, uno de ellos de CABA. En otros 36 casos se detectaron mutaciones S\_L452R/Q, los cuales continúan bajo análisis.

La vigilancia activa de estas variantes fue realizada por el Consorcio Argentino de Genómica de SARS-CoV-2, a través de los nodos de secuenciación del Laboratorio de Virología del Hospital General de Niños 'Dr. Ricardo Gutiérrez' (CABA), del Laboratorio de la Unidad de Genómica y Bioinformática del Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (UGB-INTA) de Castelar, y el Laboratorio Central de la Ciudad de Córdoba.

Es importante destacar que en caso que haya un aumento en la frecuencia de detección de la variante 501Y.V1 (Reino Unido) en las próximas semanas podría tornarse la variante dominante de las nuevas infecciones como sucedió en países de Europa y Estados Unidos.

Es sumamente relevante reforzar las medidas sanitarias de prevención de nuevos casos (distanciamiento físico, ventilación de ambientes, lavado frecuente de manos, uso de barbijo) hasta la disponibilidad de vacunas para toda la población en mayor riesgo de padecer enfermedad severa por SARS-CoV-2.

## **Características biológicas de las variantes y mutaciones relevantes**

- **Variante 501Y.V1 (Reino Unido):** Ha sido asociada a una mayor tasa de transmisión (30-90%) que las variantes que han circulado previamente. A su vez, esta variante ha sido asociada con un mayor riesgo de hospitalizaciones y muerte.
- **Variante 501Y.V3 o P.1 (Manaus):** Ha sido asociada a una mayor tasa de transmisión y rápida propagación, respecto de variantes de la primera ola.
- **Mutación E484K en la proteína Spike:** Se encuentra presente en las variantes P.1 (Manaus) y 501Y.V2 (Sudáfrica) (en combinación con otras mutaciones relevantes en Spike) y también en la variante P.2 (Rio de Janeiro). Además, resulta una mutación emergente de muy reciente aparición en otras variantes como en la variante 501Y.V1 (Reino Unido) que fue

denominada “cluster B.1.1.7 con E484K”, entre otras. Se asoció con resistencia a la neutralización por anticuerpos monoclonales, sueros de convalecientes y de vacunados.

- **Mutación L452R/Q/M en la proteína Spike y variante CAL.20C (linajes B.1.427/B.1.429, California):** Los linajes B.1.427 y B.1.429 emergieron en mayo del 2020, pero aumentaron su frecuencia de 0% a más de 50% entre septiembre de 2020 y fines de enero de 2021, con una transmisibilidad levemente aumentada respecto de otros SARS-CoV-2 circulantes. Estos resultados de un aparente mayor nivel de transmisión, sumado a un impacto significativo en la neutralización de anticuerpos monoclonales aprobados para el tratamiento de la COVID-19, y una moderada reducción de la neutralización mediada por sueros de convalecientes o de inmunizados por vacunas impulsaron a los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos a clasificar estas variantes como de preocupación (*variants of concern*, VOC).

Ante la segunda ola de la COVID-19, la escasez mundial de vacunas y la aparición de nuevas variantes, el Ministerio de Salud de Argentina recomendó diferir por tres meses la aplicación de las segundas dosis de las tres vacunas disponibles en el país. El objetivo es proteger lo antes posible a la mayor cantidad de personas con alguna condición de riesgo y reducir el impacto de las muertes por esta enfermedad.



El consenso para la recomendación se produjo en una reunión del Consejo Federal de Salud (COFESA), en la cual las máximas autoridades sanitarias del país adoptaron las recomendaciones de los miembros de la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CONAIN) y del Comité de Expertos que se reunieron esta semana para analizar de manera integral la evolución de la pandemia.

Además, se sugiere –después de los tres meses de la primera dosis– la aplicación de la segunda dosis en forma escalonada priorizando de manera secuencial a la población de mayor riesgo de enfermedad grave (mayores de 60 años y personas de entre 18 y 59 años con factores de riesgo). En cambio, el personal de salud con mayor riesgo de exposición a la COVID-19 deberá completar el esquema con el intervalo convencional (21 a 28 días).

En aquellas personas con diagnóstico confirmado de COVID-19, de acuerdo a la definición del Ministerio de Salud de la Nación, se propone postergar la aplicación de la primera dosis de vacuna entre tres y seis meses después del alta clínica. Y en aquellas personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 luego de la primera dosis de la vacuna, postergar la aplicación de la segunda dosis entre tres y seis meses posterior al alta clínica.

## Nivel de protección

Ante el cambio de estrategia del Gobierno nacional, surge la pregunta: ¿cuál es la eficacia de la primera dosis? ¿Quiénes recibieron la primera dosis estarán protegidos hasta que les apliquen la segunda?

Las tres vacunas contra la COVID-19 disponibles en el país –Sputnik V, AstraZeneca/Oxford y Sinopharm– requieren de dos dosis para brindar un nivel de protección óptimo.

En el caso de la vacuna Sputnik V, se trata de dos componentes distintos, ya que utiliza dos tipos de adenovirus del resfrío humano: primero Ad26-S y con un intervalo mínimo de 21 días se inyecta una dosis de refuerzo con el otro tipo, Ad5-S. Los estudios publicados indican que la eficacia llega a 73% luego de 18 días de recibida la primera dosis, y se eleva a 91,4% tras recibir la segunda.

Para la vacuna desarrollada por AstraZeneca y la Universidad de Oxford, la primera y segunda dosis son iguales. Los estudios publicados demuestran que la eficacia de la vacuna es mayor cuando el intervalo entre dosis es más largo. Al recibirla a los 14 días de la primera, la efi-

cacia fue de 63% contra la infección sintomática por SARS-CoV-2, pero al recibirla a las 12 semanas o más, asciende a 82%.

“Basados en la evidencia existente, la vacuna debe ser administrada en dos dosis con un intervalo de 4 a 12 semanas entre cada una. De hecho, entre 8 a 12 semanas es más recomendable, ya que los datos indican que produce una mejor respuesta inmune”, dijo [Alejandro Cravioto](#), presidente del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Reino Unido decidió diferir la segunda dosis para septiembre, con el fin de vacunar a más personas con la primera dosis. Con esta estrategia, ya se observaron resultados significativos en la disminución de las internaciones, los casos severos, el contagio y la mortalidad, incluso en mayores de 80 años, según [detalló](#) el ministro para el Despliegue de Vacunas contra la COVID-19 de Reino Unido, Nadhim Zahawi.

“En relación a la vacuna de AstraZeneca y Oxford, se hicieron estudios en Reino Unido y lo que se observó es que diferir la segunda dosis hasta tres o cuatro meses no compromete la eficacia de la vacuna. La campaña impresionante de vacunación en el Reino Unido se basa en este principio”, explicó Jorge Geffner, profesor de inmunología de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

“La Sputnik V es una vacuna muy parecida a la de Oxford, porque es en base a adenovirus. Se hizo un seguimiento de 300 profesionales de la salud vacunados con Sputnik V y ya con la primera dosis se observó una respuesta muy importante, produjo anticuerpos en más de 90% de los inoculados. En un escenario de restricción, la estrategia de Argentina es correcta, existen datos confiables en relación a las vacunas de adenovirus para usar una sola dosis y postergar –no eliminar– la segunda dosis tres o cuatro meses”, evaluó el especialista.

## **Dudas con Sinopharm**

En cuanto a la vacuna china de Sinopharm, la evidencia científica que respalda la estrategia de diferir la segunda dosis no es tan clara. Los resultados de la fase III de su ensayo clínico aún no fueron publicados en una revista científica. El 30 de diciembre de 2020, Sinopharm anunció a través de un [comunicado de prensa](#) que el primer análisis interino de los resultados del ensayo clínico de la fase III mostraron que la vacuna alcanza una eficacia de 79,34%, pero no se especificó a qué niveles llega con una sola dosis.

“Cuando se observan los datos publicados por Sinopharm y los pocos vacunados en Argentina, hay dudas sobre si la estrategia es correcta en el caso de esta vacuna. Tanto Sinopharm como otra vacuna china muy parecida, también a virus entero inactivado, que es Sinovac, no han publicado los resultados del estudio de fase III. No hay acceso a esos datos, pero imagino que el Ministerio de Salud de la Nación sí los tiene”, sostuvo Geffner.

En el [anuncio](#) del cambio de estrategia, se indicó que el Ministerio de Salud junto al Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de la Nación trabajarán para hacer seguimiento, generando más evidencias o aplicando medidas correctivas si fueran necesarias.

No hace falta encarar la ruta. En el Conurbano Bonaerense, sin necesidad de llegar al Tercer Cordón e incluso apenas se cruza la General Paz, en Ciudadela, es posible encontrar a quienes, con jaulas en la vereda, venden gorriones, jilgueros y, sobre todo, loros verdes. Más en las sombras, mezclados en las ferias multitudinarias, también se pueden comprar aves exóticas.

No sólo la venta sino también la tenencia de estos animales, en su mayoría de origen brasileño, o autóctonos pero sin controles sanitarios, es un delito en Argentina. Pero, además, ahora también es un peligro.



La Brigada de Control Ambiental del Ministerio de Ambiente de la Nación, durante un operativo por tráfico de aves.

“Esto es importante que lo sepa toda la sociedad, no sólo los veterinarios. Hay un brote importante de psitacosis en toda la provincia de Buenos Aires, fundamentalmente, por la compra ilegal de aves o a la caza de aves silvestres”, explicó Gustavo Martínez, jefe del Departamento de Zoonosis Urbanas bonaerense.

“Ya enviamos el alerta y queremos sensibilizar a toda la población. Especialmente a los que compran aves en la vía pública”, agregó el funcionario, que depende de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica y Control de Brotes del Ministerio de Salud bonaerense.

La psitacosis es una enfermedad que afecta numerosas especies de aves domésticas y silvestres, tanto a psitácidos –loros, cotorras y papagayos– como no psitácidos –palomas, jilgueros, canarios, etc. Ya se produjeron internaciones por neumonía causada por esta enfermedad en personas que continúan en tratamiento. No se registraron fallecimientos por estas infecciones.

La enfermedad es de notificación obligatoria por parte de las veterinarias y los laboratorios privados u organismos nacionales, como el Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA). Su transmisión a los seres humanos puede ocurrir por contacto directo con aves infectadas, o indirecto, al aspirar polvillo contaminado.

No se transmite entre personas. En la provincia de Buenos Aires, en el período 2017-2020, se notificó un promedio de 15 casos confirmados en psitácidos, pero entre el 1 de enero y el 30 de marzo de 2021, ya se registraron 59 casos. Y en algunas oportunidades, con casos de personas asociadas. Actualmente, son diez las personas aún en tratamiento por esta enfermedad en territorio bonaerense.

Las aves infectadas no siempre presentan síntomas clínicos. Son asintomáticas. “Por lo que algunas, que parecen clínicamente sanas, pueden estar liberando al ambiente la bacteria *Chlamydophila psittaci* con sus heces”, explicó Martínez.



La forma clásica de esta enfermedad puede cursar con síntomas agudos, como fiebre indiferenciada o neumonía atípica y con intensa cefalea.

“Actualmente se considera un brote epidémico, ya que existe una aparición repentina de casos en un corto período de tiempo y localizados principalmente en el Conurbano Bonaerense. Son 30 focos”, agregó.

Si bien el aumento de casos puede ser debido al aumento en la notificación de parte de las veterinarias del ámbito privado ante la presencia de aves positivas, este fenómeno se está observando en diferentes jurisdicciones de la provincia.

La Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS) ‘Dr. Carlos Gregorio Malbrán’ ya logró secuenciar el genoma de esta bacteria en muestras de diversas aves. Esto permite saber si se trata de una misma cepa que circula en la zona bonaerense o sus eventuales variantes y orígenes.

Fueron reportados casos en La Matanza, José Camilo Paz, Pilar, Vicente López, San Fernando, Tigre, Pilar, General San Martín, Malvinas Argentinas, San Isidro, Campana, Tres de Febrero, Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Moreno, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Berazategui, Lomas de Zamora, Quilmes, San Miguel del Monte, Saladillo y Coronel Suárez.

## Investigan las causas

El 30 de marzo, la investigación epidemiológica identificó que en 70% de los casos en aves, éstas fueron adquiridas en la vía pública o mediante su captura en la naturaleza. Si bien la Brigada de Control Ambiental del Ministerio de Ambiente de la Nación no puso foco en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ésta es la segunda jurisdicción que podría mostrar el mayor aumento de infecciones.

En agosto del año pasado, en plena pandemia de COVID-19, esa brigada, en conjunto con la Policía Federal Argentina, realizó un operativo en un criadero ilegal en el barrio porteño de Saavedra, del que se secuestraron unas 60 aves de diversas especies, que fueron remitidas al Ecoparque de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

“Se debe tener en cuenta que los principales motivos de la aparición de esta enfermedad en humanos es la captura de aves silvestres, la compra de aves en lugares o criaderos no habilitados y sin el control veterinario correspondiente. Eso incluye la venta por Facebook e Instagram, que estamos monitoreando. También, claro, el tráfico ilegal de fauna. Por eso es que desalentamos rotundamente la adquisición de aves por estas vías”, cerró el experto.

Aquellas personas que tengan aves en cautiverio, no deben liberarlas en caso que sean sospechosas de esta enfermedad. Es prioritario que, ante un síntoma eventual, las personas ventilen los espacios, eviten el contacto directo con el polvillo de la materia fecal y consulten las indicaciones de las divisiones de Zoonosis más cercanas a sus domicilios.



Un ejemplar de loro hablador (*Amazona aestiva*) mantenido en deficientes condiciones de cautiverio.



## "LA COVID-19 NO ESTÁ RETROCEDIENDO Y LA PANDEMIA ES PARTICULARMENTE GRAVE EN AMÉRICA DEL SUR"

25/03/2021

"Es una emergencia de salud pública activa", fue como la directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Carissa Faustina Etienne, tildó la actual situación de la pandemia en el continente.

Durante una rueda de prensa para informar sobre la llegada a la región de 2,2 millones de vacunas adquiridas mediante la iniciativa COVAX, Etienne advirtió que el virus va en peligroso aumento en muchos países.

Aunque las vacunas están llegando, "todavía faltarán varios meses para que la mayoría de las personas en nuestra región puedan acceder a ellas", indicó Etienne. Mientras tanto, "el SARS-CoV-2 no está retrocediendo, ni la pandemia está comenzando a desaparecer".

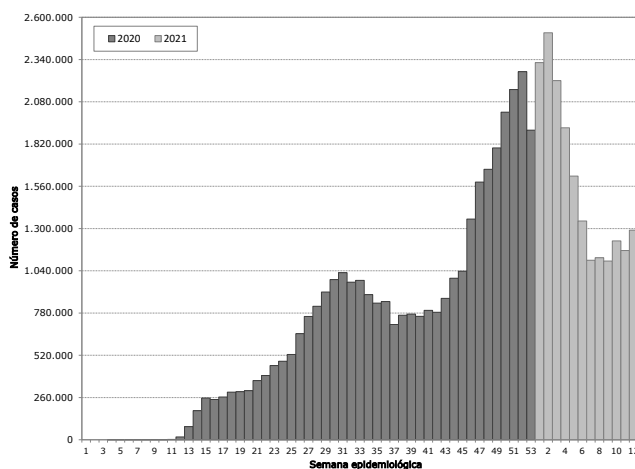
### Grandes desafíos

La directora de la OPS informó que la semana pasada en la región hubo un incremento de 1,2 millones de casos de COVID-19, con 31.272 muertes nuevas registradas por la enfermedad.

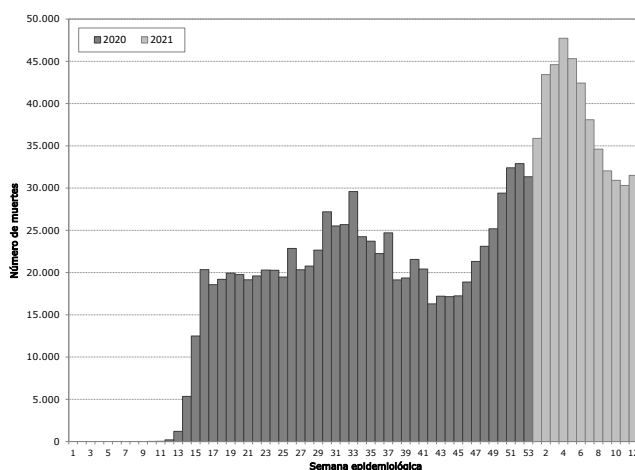
Destacó que "la pandemia es particularmente grave en América del Sur" y señaló algunos de los países que enfrentan los más grandes desafíos.

En Brasil, por ejemplo, donde llegaron más de un millón de dosis de la vacuna el 21 de marzo como parte de la reciente distribución por COVAX, el virus sigue extendiéndose peligrosamente en todo el país.

"Los casos y los decesos están creciendo, y la ocupación de camas en las unidades de cuidados intensivos son altas en varios estados", declaró la directora de la OPS.



Casos confirmados. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.



Muertes confirmadas. Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.

Brasil es el país con más fronteras en Sudamérica y su ritmo de infección pone en peligro a sus países vecinos, indicó la OPS.

En el caso de Venezuela, el incremento de pacientes se está dando en los estados Bolívar y Amazonas, fronterizos con Brasil.

El problema de sobrecarga al sistema de salud y la alta ocupación de camas en las unidades de cuidados intensivos se da también en Paraguay y Perú. En este último país, la ocupación sigue siendo “muy alta en Loreto”, según Ettiene.

En Chile, uno de los países que tiene una de las campañas de inoculación más eficientes, se registra un agudo incremento de infecciones y muertes.

Y Uruguay, que hasta hace poco se encontraba en una situación privilegiada con respecto al contagio, ahora reporta una de las mayores tasas de nuevos casos en América Latina.

Además, la pandemia se está acelerando en otras zonas del continente, incluyendo Guatemala, donde el número de casos y hospitalizaciones está “agotando la capacidad de camas en los hospitales debido a la afluencia de pacientes”, informó la directora de la OPS.

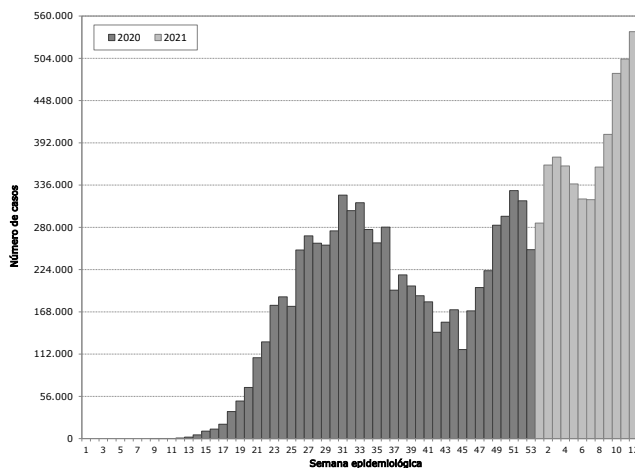
La zona del Caribe, varias islas incluyendo Cuba, han visto un aumento constante durante semanas. Ni Haití ni Cuba han iniciado su campaña de inmunización y el gobierno de La Habana ha optado por desarrollar sus propias vacunas.

### Tercera ola en Norteamérica

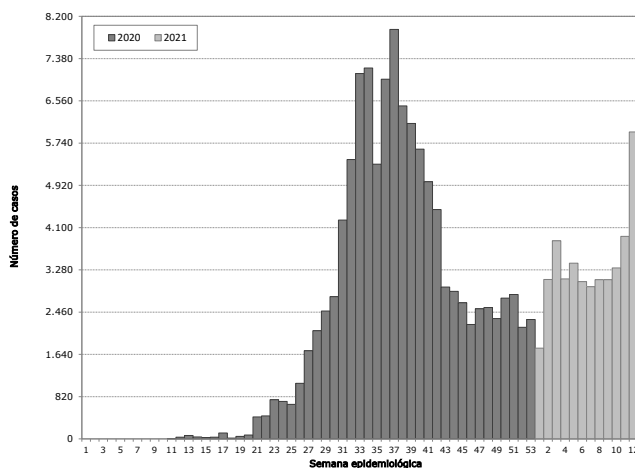
Norteamérica no se queda atrás. En Ontario, la más populosa provincia de Canadá, que colinda con Estados Unidos, se informó de un incremento de casos en las últimas dos semanas.

El jefe médico de esa provincia, David Williams, dijo el 22 de marzo que “estamos en la tercera ola” y expresó preocupación de que el programa de vacunación no se está implementando lo suficientemente rápido.

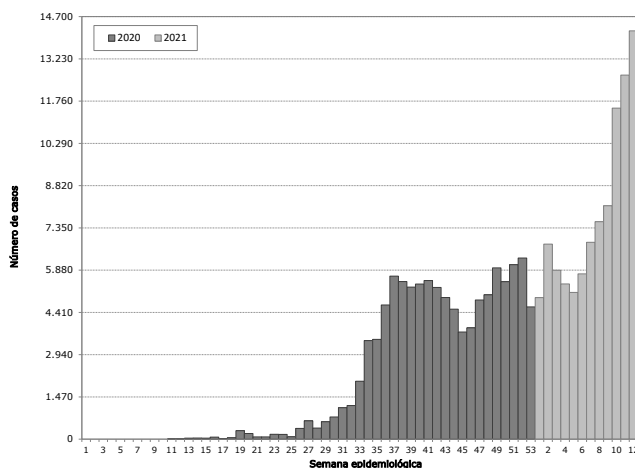
Del otro lado de la frontera, en los estados de Minnesota y West Virginia de Estados Unidos se reportan más muertes, según la OPS, y una curva de infecciones que va en ascenso.



Casos confirmados. Brasil. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.



Casos confirmados. Venezuela. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.



Casos confirmados. Paraguay. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.

## A la espera de más vacunas

“El SARS-CoV-2 no está retrocediendo, ni la pandemia está comenzando a desaparecer”, declaró tajantemente Etienne.

Sin embargo, destacó que se han aumentado la cantidad de vacunas en la región, aunque no es suficiente. “Las dosis que han sido entregadas nos han ayudado a empezar a proteger a los trabajadores de salud y otros grupos vulnerables, y esperamos que lleguen más dosis cada semana”.

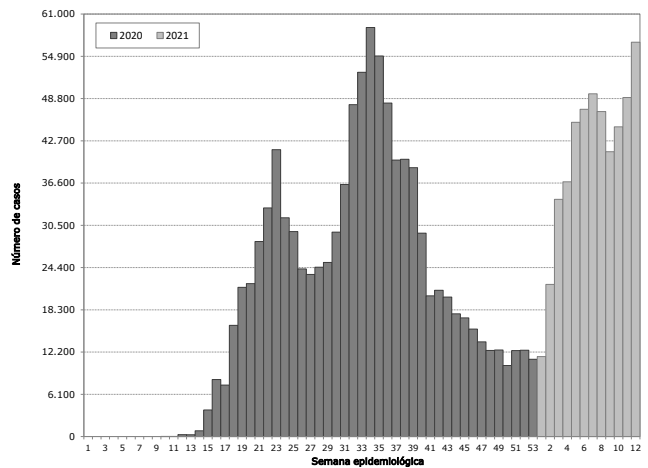
Pero reconoció que no se tienen las vacunas necesarias para proteger a todos, por lo que se deben hacer esfuerzos para “buscar formas de compartir las vacunas de manera más equitativa entre los países”.

Aseguró que las vacunas aprobadas por la OMS “son seguras y funcionan” y exhortó al público a que “cuando llegue su turno, no dude y se vacune”.

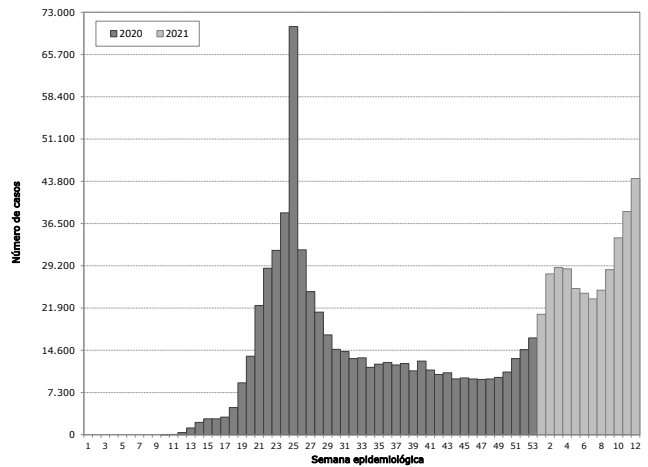
Recordó que no hay otra región en el mundo mejor preparada para administrar vacunas de manera rápida y segura, lo que será crítico “a medida que se despliegan e introduzcan nuevas vacunas a la región”.

Finalmente, llamó a que el público continúe acatando las medidas de salud pública, incluyendo el uso de barbijo, el lavado frecuente de manos y el distanciamiento físico, especialmente durante la época de Semana Santa.

“Las personas no pueden bajar la guardia al estar en contacto cercano con los demás”, insistió.



Casos confirmados. Perú. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.



Casos confirmados. Chile. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 12 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 29 de marzo de 2021, 10:42 horas.

La Secretaría Regional Ministerial (SEREMI) de Salud del Bío-Bío llamó a tomar precauciones ante casos de rabia en murciélagos.

El año pasado, fueron enviadas desde la zona 185 muestras de rabia animal al Instituto de Salud Pública (ISP), resultando 22 de ellas positivas; mientras que en 2019 las muestras remitidas fueron 202, con 20 de ellas positivas.



A su vez, este año se han remitido 60 muestras para análisis, resultando ocho de ellas positivas.

Tras este leve aumento de casos positivos de rabia animal, Rodrigo Flores Tapia, encargado de Zoonosis de la SEREMI de Salud, sostuvo que una medida efectiva para prevenir los casos de rabia es mantener con vacunación antirrábica al día a perros, gatos y animales exóticos, susceptibles de transmitir esta enfermedad a las personas.

La situación actual, indicó, se debe a factores ambientales que influyen en el metabolismo de estas especies, ya que en primavera-verano se produce su mayor actividad y en otoño-invierno están en etapa de hibernación.

Los murciélagos son mamíferos voladores, que en Chile son especies protegidas por la Ley de Caza. La razón del amparo que brinda esta norma legal es por su mantención del equilibrio de los ecosistemas, debido a la gran habilidad como controladores biológicos de plagas perjudiciales para las personas, animales, plantas y cultivos.

Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública, eventualmente pueden ser portadores de rabia, en lo que se conoce como ciclo silvestre. El Secretario Regional Ministerial de Salud, Héctor Juan Muñoz Uribe, indicó los pasos a seguir en estos casos.

El Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia anunció que en lo corrido de este año en el país se han notificado 29 muertes probables por dengue.

De acuerdo con esa entidad, tres de estos fallecimientos han sido confirmados en hechos que ocurrieron en la ciudad de Cartagena y se han descartado dos casos. Se encuentran en estudio 24 muertes procedentes de Magdalena (4 casos); Cesar y Cali (3 casos cada uno); Atlántico, Archipiélago de San Andrés y Providencia, Barranquilla, Bolívar, Cartagena, Cauca, Córdoba, Huila, Meta, Nariño, Quindío, Tolima, Valle del Cauca y Exterior, con 1 caso cada uno.

En el sistema de vigilancia del INS han sido reportados 7.247 casos, 3.609 sin signos de alarma, 3.510 con signos de alarma y 128 de dengue grave.

En la semana epidemiológica 10 de 2021 han sido reportados 674 casos probables de dengue: 333 casos de esta semana y 341 casos de semanas anteriores.

Según el INS, los casos de dengue proceden de 32 departamentos, 4 distritos, 524 municipios.

Las entidades territoriales de Cali, Valle del Cauca, Cartagena, Putumayo, Huila, Tolima, Antioquia, Barranquilla, Cundinamarca, Norte de Santander y Meta, aportan 68,4% (4.957 casos) de los casos a nivel nacional.

“De acuerdo con la situación epidemiológica según el corredor endémico, 21 entidades territoriales se encuentran dentro de lo esperado. Doce entidades se encuentran en situación de alerta y cuatro entidades con presentación de casos por encima del valor esperado, comparado con el comportamiento histórico”, destaca uno de los apartes del informe.

La evaluación permitió encontrar que por debajo de los casos esperados se encuentran Antioquia, Arauca, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cesar, Córdoba, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Meta, Norte de Santander, Quindío, Santander, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

Mientras tanto, en alerta se encuentran Amazonas, Atlántico, Barranquilla, Bolívar, Buenaventura, Cali, Cauca, Nariño, Risaralda, Santa Marta, Valle del Cauca, San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Finalmente, por encima del número esperado de casos están Cartagena, Chocó, Magdalena y Putumayo.

La tuberculosis constituye la tercera causa de muerte en Angola, pero los expertos observan una reducción en la asistencia médica bajo las condiciones excepcionales impuestas por la COVID-19.

Con más de 60.000 pacientes en 2020, la enfermedad provocada por *Mycobacterium tuberculosis* mantuvo una alta tasa de mortalidad, pese a la disminución de los casos en las unidades asistenciales, influenciada por la pandemia de la COVID-19.

El Sanatorio de Luanda, la principal instalación de su tipo en el país, registró en 2019 una tasa bruta de mortalidad de 31,1%; esto indica el porcentaje de fallecidos en un plazo de 48 horas tras su arribo al servicio hospitalario, mientras el índice neto de letalidad (más de 48 horas) fue de 27%, dijo el director clínico de la entidad, Damião Victoriano.

En 2020, las tasas bajaron a 25,9 y 19,8%, respectivamente, explicó el neumólogo, quien lamentó la llegada tardía de los enfermos al centro, algunos de ellos con lesiones muy extensas, desnutridos y aquejados por diabetes, hipertensión o cáncer sin tratamiento adecuado.

Desde la aparición de la COVID-19, comenzó a disminuir la cantidad de atendidos en los servicios de urgencia del Sanatorio, de unos 18.000 en 2019 a 14.000 en 2020, explicó.

Similar comportamiento, indicó, pudo constarse en las consultas externas, pues de 50.000 pacientes en 2019, la cifra descendió a 19.000 en 2020.

Este bajo registro de infectados por la tuberculosis sucede en todas las unidades de tratamiento de la enfermedad; por ejemplo, de 2020 a principios de este año fueron registradas 65.821 personas, en su mayoría hombres jóvenes, de 15 a 45 años de edad, indicó.

Los números indican una reducción de casos, confirmó el coordinador del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, Ambrósio Disadidi, pues en 2019, argumentó, fueron atendidos 78.305 pacientes.

La alta tasa de morbilidad está asociada también a las condiciones sociales de los pacientes, entre ellas la disponibilidad de alimentos adecuados, agua potable y ayuda de las familias, precisó.

Bajo los efectos de la COVID-19, en 2020 los atendidos por tuberculosis a escala internacional decrecieron en alrededor de 1,4 millones en comparación con años recientes, estimó la Organización Mundial de la Salud (OMS), al evaluar datos preliminares sobre más de 80 países.

A escala global, más de medio millón de individuos fallecieron el año pasado por carecer de un diagnóstico temprano, advirtió el organismo.

Los funcionarios del gobierno de Queensland están informando de un aumento de casos de melioidosis y leptospirosis este año en la región de Cairns e Hinterland, en Far North.

Las notificaciones de ambas infecciones suelen aumentar en la temporada de lluvias, pero este año son mucho más altas de lo habitual.

Se han registrado casos de melioidosis en Cairns, con varios casos en Clifton Beach y Mount Sheridan. Desde principios de año se han notificado 17 casos.

La mayoría de los casos de leptospirosis se han producido en las zonas de la Cassowary Coast y Tablelands. Se han registrado 28 casos de leptospirosis desde principios de año. Se trata de un aumento de casi 65% respecto de la cantidad promedio de casos que se han registrado durante el mismo período en años anteriores.

La Dra. Annie Preston-Thomas, de los Servicios de Salud Pública Tropical, con sede en Cairns, dijo que no existe una vacuna que prevenga la melioidosis o la leptospirosis que funcione en las personas, pero había pasos simples que todos podían seguir para prevenir el riesgo de infección.





Según confirman los datos del *Estudio epidemiológico de las infecciones pediátricas por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2. EPICO-AEP*, tras un año de desarrollo y con un registro cercano a 1.000 casos de COVID-19 atendidos en los hospitales y más de 600 casos de niños hospitalizados, la evolución de la enfermedad en menores sigue cursando de manera leve en la mayoría de los casos.

Este trabajo, coordinado desde el Instituto de Investigación del Hospital Universitario '12 de Octubre' de Madrid, en colaboración con la Asociación Española de Pediatría (AEP), integra a 76 hospitales de las 17 comunidades autónomas y está permitiendo conocer cómo se comporta la enfermedad en los niños, su impacto en la epidemia global y sus consecuencias en la población infanto-juvenil.

“La puesta en marcha de este estudio pone de manifiesto la importancia de la participación multidisciplinar y plurigeográfica necesaria para hacer frente de manera exitosa a esta pandemia. Al mismo tiempo, subraya, una vez más, la importante labor que desarrollan las especialidades pediátricas, cuyo trabajo diario y labor en investigación está permitiendo hacer frente a la pandemia”, explicó la presidenta de la AEP, Dra. María José Mellado Peña.

Los coordinadores del estudio, Dr. Alfredo Tagarro García y Dra. María de la Cinta Moraleda Redecilla, aseguraron que “el registro EPICO-AEP está permitiendo crear un mapa de conocimiento fiel de cómo se comporta la infección por SARS-Cov-2 en los menores de 18 años”.

### **Casos con alguna complicación**

Los datos de este estudio, que incluye únicamente a los pacientes pediátricos atendidos en hospitales, muestran que la media de edad de los niños es de 4,5 años y que cerca de 57% son varones. De los 1.026 reclutados, hasta el 3 de marzo, 859 presentaron reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) positiva al ingreso, 49% refirió un contacto conocido positivo y 618 debieron ser hospitalizados por causa de la COVID-19.

El 30% de estos ingresados presentó alguna complicación, en su mayoría de tipo cardiaco, y 15% requirió ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). “No se incluyen pacientes con síntomas leves que acuden a Centros de Atención Primaria, donde se ven la mayoría de los niños con COVID-19”, matizó Tagarro. De hecho, “se calcula que menos de 0,02% de los niños con COVID-19 requiere ingreso en UCIP”, aseguró.

El 34% de los menores hospitalizados presentó, al momento del ingreso, un cuadro leve, en general, fiebre sin foco infeccioso aparente, síntomas similares a los de un cuadro gripal, o catarro de vías altas. El 30% fue diagnosticado inicialmente con un síndrome broncopulmonar, mientras que 14% lo hizo con un síndrome inflamatorio multisistémico (MIS-C) y 10% con un síndrome gastrointestinal.

En relación con el síndrome inflamatorio multisistémico, Tarrago aseguró que “si bien se entiende la preocupación que este síndrome generó durante la primera ola, existen muy bajas probabilidades de que ocurra. También, se ha podido comprobar que el número de ingresos por neumonías por COVID-19 se ha visto reducido drásticamente”.

En solo tres meses, la provincia de Iloílo registró cinco muertes humanas por rabia.

Según la Dirección Provincial de Salud, estas muertes entre enero y el 26 de marzo ocurrieron en las localidades de San Dionisio, Ajuy, Estancia, Calinog y Sara.

El año pasado, la provincia registró siete muertes humanas por rabia durante todo el año, las que se registraron en los municipios de Carles (dos), y Tigbauan, Alimodian, Dueñas, Banate y San Dionisio (una de cada uno).

La mayoría de las víctimas no pudieron buscar ayuda en los centros de mordeduras de animales designados, según la Dra. María Socorro Colmenares-Quiñón, jefa interina de la Dirección Provincial de Salud, y en su lugar consultaron a los *manugtandok* (curanderos tradicionales).

El gobierno provincial tenía 19 centros designados para mordeduras de animales ubicados en sus 12 hospitales de distrito y en las Unidades de Salud Rural (RHU) de Oton, Miag-ao, San Joaquín, Santa Bárbara, Pavía, Carles y Zarraga.

“Tenemos un suministro abundante de vacunas, y estas son gratuitas y están disponibles en los hospitales de nuestro distrito y en las RHU”, dijo Quiñón.

Además, el director interino de la Dirección Provincial de Salud ordenó a todos los Comités de Control de Rabia de Barangay (BRCC) que ayudaran a combatir los casos de rabia.

Con la celebración del Mes de Concientización sobre la Rabia, Quiñón está animando a todos a convertirse en dueños de mascotas responsables.

Mientras tanto, según el registro de la Oficina Veterinaria Provincial, la provincia de Iloílo alcanzó el año pasado una cobertura de vacunación en perros de solo 11,44%: fueron vacunados 30.007 animales.

En 2020, la provincia tenía una población canina de 262.214 animales, y el supuesto objetivo de la Oficina Veterinaria Provincial era vacunar a unos 183.550, o al menos a 70%.

La cifra del año pasado fue menor en comparación con el 23% registrado en 2019, en el que se vacunaron 58.284 perros de una población de 258.637.

Según Darel Tabuada, veterinario provincial interino, la principal razón del bajo logro fue la escasez de vacunas.

La pandemia de coronavirus también ha sido un factor contribuyente, debido a la movilidad limitada, anotó.

Para expandir la cobertura de la vacuna, Tabuada dijo que el gobierno provincial adquirió 10.000 viales de vacunas contra la rabia canina en diciembre del año pasado, que alcanzan para vacunar a 100.000 perros.

Se estima que 1,4 millones de personas menos recibieron atención para la tuberculosis en 2020 que en 2019, según los [datos preliminares de más de 80 países recopilados por la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), lo que supone una reducción de 21% con respecto a 2019. Los países con las mayores brechas relativas fueron Indonesia (42%), Sudáfrica (41%), Filipinas (37%) e India (25%).



“Los efectos de la COVID-19 van mucho más allá de la muerte y la enfermedad causadas por el propio virus. La interrupción de los servicios esenciales para las personas con tuberculosis es solo un trágico ejemplo de las formas en que la pandemia está afectando de forma desproporcionada a algunas de las personas más pobres del mundo, que ya corrían un mayor riesgo de contraer la tuberculosis”, dijo el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS. “Estos datos aleccionadores apuntan a la necesidad de que los países hagan de la cobertura sanitaria universal una prioridad clave a la hora de responder a la pandemia y recuperarse de ella, para garantizar el acceso a los servicios esenciales para la tuberculosis y todas las enfermedades”.

Es fundamental fortalecer los sistemas de salud para que todas las personas puedan recibir los servicios que necesitan. Algunos países ya han tomado medidas para mitigar el impacto de la COVID-19 en la prestación de servicios reforzando el control de las infecciones, ampliando el uso de las tecnologías digitales para proporcionar asesoramiento y apoyo a distancia, y ofreciendo servicios de prevención y atención de la tuberculosis en los hogares.

Sin embargo, muchas personas con tuberculosis no pueden acceder a la atención que necesitan. La OMS teme que más de medio millón de personas más puedan haber muerto de tuberculosis en 2020 simplemente porque no pudieron obtener un diagnóstico.

Este no es un problema nuevo: antes de la aparición de la COVID-19, la diferencia entre el número estimado de personas que desarrollaban tuberculosis cada año y el número anual de personas diagnosticadas oficialmente de tuberculosis era de unos 3 millones. La pandemia ha agravado enormemente la situación.

Una de las formas de abordar este problema es restaurar y mejorar el cribado de la tuberculosis para identificar rápidamente a las personas infectadas o enfermas de tuberculosis. Las nuevas orientaciones publicadas por la OMS tienen como objetivo ayudar a los países a identificar las necesidades específicas de las comunidades, las poblaciones con mayor riesgo de contraer tuberculosis y los lugares más afectados para garantizar que las personas puedan acceder a los servicios de prevención y atención más adecuados. Esto puede lograrse mediante un uso más sistemático de los enfoques de detección que emplean herramientas novedosas.

Entre ellas se encuentran el uso de pruebas moleculares de diagnóstico rápido, el uso de la detección asistida por computadora para interpretar las radiografías de tórax y el uso de una gama más amplia de enfoques para el cribado de la tuberculosis en personas con VIH. Las recomendaciones van acompañadas de una guía operativa para facilitar su aplicación.

Pero esto no será suficiente por sí solo. En 2020, en su informe a la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Secretario General de las Naciones Unidas emitió un conjunto de 10 recomendaciones prioritarias que los países deben seguir. Entre ellas figuran activar el liderazgo y la acción de alto nivel en múltiples sectores para reducir urgentemente las muertes por tuberculosis, aumentar la financiación, avanzar en la cobertura sanitaria universal con respecto a la prevención y la atención de la tuberculosis, abordar la resistencia a los medicamentos, promover los derechos humanos e intensificar la investigación sobre la tuberculosis.

Y, sobre todo, será fundamental reducir las desigualdades en materia de salud.

“Durante siglos, las personas con tuberculosis han estado entre las más marginadas y vulnerables. La COVID-19 ha intensificado las disparidades en las condiciones de vida y la capacidad de acceso a los servicios tanto dentro de los países como entre ellos”, dijo la Dra. Tereza Kasaeva, Directora del Programa Mundial contra la Tuberculosis de la OMS.

Más de 20 líderes mundiales pidieron un nuevo acuerdo global para ayudar al mundo a prepararse para futuras pandemias.

Los líderes, entre los que se encuentra la canciller alemana, Angela Dorotea Merkel; el presidente francés, Emmanuel Jean-Michel Frédéric Macron; el primer ministro británico, Alexander Boris de Pfeffel Johnson, y el director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, aseguran que la pandemia de COVID-19 representa el mayor desafío para la humanidad desde la Segunda Guerra Mundial.



La pandemia es el mayor desafío desde la Segunda Guerra Mundial, dicen los firmantes.

La pandemia ha demostrado que “nadie está a salvo hasta que todos estén a salvo”, aseguran los firmantes de una carta conjunta publicada este martes en varios medios internacionales.

También firman el artículo Miguel Juan Sebastián Piñera Echenique, presidente de Chile, y Carlos Andrés Alvarado Quesada, presidente de Costa Rica.

Los 24 líderes argumentan que se necesita un tratado similar al alcanzado a raíz de la Segunda Guerra Mundial para construir cooperación transfronteriza.

“En aquella época, tras la devastación provocada por las dos guerras mundiales, los líderes políticos se reunieron para forjar el sistema multilateral”, dice el artículo.

“Los objetivos eran claros: unir a los países, disipar las tentaciones del aislacionismo y el nacionalismo, y abordar los retos que solo podían lograrse de manera conjunta con un espíritu de solidaridad y cooperación, es decir, la paz, la prosperidad, la salud y la seguridad”.

Los líderes aseguran que, con el mismo espíritu, los países ahora deben “estar mejor preparados para predecir, prevenir, detectar, evaluar y responder eficazmente a las pandemias de forma sumamente coordinada”.

“Habrá otras pandemias y otras grandes emergencias de salud, y ningún gobierno u organismo multilateral podrá hacer frente por sí solo a esta amenaza. La cuestión no es si las habrá, sino cuándo”, dice el artículo.

“La pandemia de COVID-19 ha sido un duro y doloroso recordatorio de que nadie está a salvo hasta que todo el mundo lo esté”.

La carta agrega: “En un momento en que la COVID-19 ha explotado nuestras debilidades y divisiones, debemos aprovechar esta oportunidad y unirnos como una comunidad global para una cooperación pacífica que se extienda más allá de esta crisis”.

El Dr. David Nabarro, enviado especial para la COVID-19 de la OMS, dijo que sin “algún tipo de acción especial, el mundo en su conjunto no será vacunado hasta bien entrado el año 2022”.

“Durante ese tiempo surgirán todo tipo de problemas con las variantes, por lo que lo que los líderes están diciendo es ‘este problema es tan grande que tenemos que trabajar juntos para solucionarlo’”, agregó.

### **Cómo sería el Tratado**

Los líderes proponen que el tratado se inserte en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y que también incluya a otras organizaciones.

Además, se apoyaría en el ya existente Reglamento Sanitario Internacional.

El objetivo principal del nuevo tratado sería “fomentar un enfoque pangubernamental y de toda la sociedad con el fin de reforzar las capacidades y las resiliencias nacionales, regionales y mundiales ante futuras pandemias”.

Esto incluiría aumentar la cooperación internacional para mejorar los sistemas de alerta existentes, la compartición de datos, la investigación y la distribución en todo el mundo de las medidas de salud pública necesarias, tales como vacunas, medicamentos, pruebas diagnósticas y equipos de protección personal.

La carta se publica tras un sonado desacuerdo entre Reino Unido y la Unión Europea sobre las vacunas, después de que el bloque introdujera controles de exportación más estrictos sobre las dosis que se producen dentro de sus fronteras.



La disponibilidad de vacunas es uno de los grandes retos a los que se enfrenta la humanidad en la actualidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 30 de marzo su [informe](#) sobre la misión en China para descubrir los orígenes del SARS-CoV-2. Según sus conclusiones, el escenario más probable es que la transmisión del virus desde los murciélagos a los humanos se produjo a través un tercer animal, mientras califican la teoría de que se escapó de un laboratorio como “extremadamente improbable”.

El equipo llegó el 14 de enero a Wuhan, considerada como la ciudad epicentro de la pandemia, y, tras dos semanas de cuarentena, visitó lugares como el mercado mayorista de mariscos de Huanan, donde se produjo el primer clúster de infecciones conocido, así como el Instituto de Virología de Wuhan, en el que se investiga con varios tipos de coronavirus.

En declaraciones en una reunión con los Estados miembro, el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, lamentó, en cualquier caso, que la investigación en los laboratorios que trabajan con coronavirus en Wuhan no fue “suficientemente amplia”. “No creo que esta evaluación sea lo suficientemente amplia. Se necesitarán más datos y estudios para llegar a conclusiones más sólidas. Aunque el equipo ha llegado a la conclusión de que una fuga en el laboratorio es la hipótesis menos probable, esto requiere más investigación, potencialmente con misiones adicionales en las que participen expertos especializados, que estoy dispuesto a desplegar”, anunció.

Peter Ben Embarek, especialista en Seguridad Alimentaria y Enfermedades Animales de la OMS y presidente del equipo de investigación en Wuhan, confirmó en rueda de prensa desde Ginebra (Suiza) que se dedicó menos tiempo a la teoría del laboratorio: “Al no ser la clave ni el objetivo principal de nuestros estudios, no se le prestó la misma atención y trabajo que a las demás hipótesis”.

El informe de la OMS establece una serie de argumentos a favor y en contra de que proceda de un laboratorio. “Aunque son raros, los accidentes de laboratorio ocurren, y diferentes laboratorios de todo el mundo trabajan con coronavirus de murciélagos. Los seres humanos podrían infectarse en laboratorios con una bioseguridad limitada, una práctica de gestión de laboratorio deficiente o tras una negligencia”, reconoció el organismo.

El principal razonamiento que apoya esta teoría es que, tal y como reconoció la OMS, en el Instituto de Virología de Wuhan se ha secuenciado la cepa más cercana conocida al SARS-CoV-2 detectado en los hisopos anales de murciélagos, con una similitud de 96,2%. Al respecto, detalló que el laboratorio del Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Wuhan, otro centro donde se trabaja con coronavirus, se trasladó el 2 de diciembre de 2019 a una nueva ubicación cerca del mercado de Huanan. “Este tipo de traslados puede ser perturbador para las operaciones de cualquier laboratorio”, justificó la OMS.

En contra de esta teoría, los expertos de la misión en China apuntaron que “el laboratorio del CDC de Wuhan, que se trasladó el 2 de diciembre de 2019, informó que no hubo interrupciones ni incidentes causados por el traslado”. “También informó que no hubo almacenamiento ni actividades de laboratorio sobre coronavirus u otros virus de murciélagos antes del brote”, añadieron al respecto.

De la misma manera, la OMS sostuvo que los parientes más cercanos del SARS-CoV-2 de los murciélagos y del pangolín son “evolutivamente distantes” del SARS-CoV-2. “No hay constancia de virus estrechamente relacionados con el SARS-CoV-2 en ningún laboratorio antes de diciembre de 2019, ni de genomas que en combinación pudieran proporcionar un genoma de SARS-CoV-2. En cuanto al cultivo accidental, antes de diciembre de 2019, no hay evidencia de circulación de SARS-CoV-2 entre las personas a nivel mundial y el programa de vigilancia vigente era limitado en cuanto al número de muestras procesadas y, por tanto, el riesgo de cultivo accidental de SARS-CoV-2 en el laboratorio es extremadamente bajo”, explicó la OMS.

Asimismo, señalaron que los tres laboratorios de Wuhan que trabajan con el diagnóstico de coronavirus y/o con el aislamiento de coronavirus y el desarrollo de vacunas tenían “instalaciones de nivel de bioseguridad de alta calidad que estaban bien gestionadas, con un programa de vigilancia de la salud del personal que no había notificado ninguna enfermedad respiratoria compatible con la COVID-19 durante las semanas/meses anteriores a diciembre de 2019”, así como “ninguna evidencia serológica de infección en los trabajadores a través del cribado serológico específico del SARS-CoV-2”.

Por otra parte, Tedros instó a realizar más estudios sobre los orígenes del virus. “Todas las hipótesis siguen sobre la mesa. Este informe es un comienzo muy importante, pero no es el final. Todavía no hemos encontrado el origen del virus, y debemos continuar siguiendo la ciencia y no dejar ninguna piedra sin remover mientras lo hacemos. Encontrar el origen de un virus lleva tiempo y le debemos al mundo encontrar la fuente para que podamos tomar medidas colectivamente para reducir el riesgo de que esto vuelva a ocurrir. Ningún viaje de investigación puede proporcionar todas las respuestas”, comentó.

Embarek lamentó algunas limitaciones del informe, como la falta de acceso a algunos datos por parte de las autoridades chinas. “Recogimos los casos de diciembre de 2019 cuando solo se notificaban los casos graves, por lo que los casos leves se perdieron. En China, como en muchos otros países, existen restricciones en las leyes de privacidad que prohíben compartir datos, incluidos los privados, con personas ajenas a la empresa”, admitió, puntualizando que este acceso se debería permitir en “la segunda fase de estudios”.

A nivel general, las conclusiones del equipo de expertos sobre el terreno en China presentadas el 30 de marzo son similares a las expuestas en rueda de prensa desde Wuhan tras finalizar su misión. Embarek defendió que hubo casos iniciales que no tenían relación con el mercado de Huanan, por lo que el virus ya estaba circulando por otros puntos de la ciudad en esas fechas.

“Hasta ahora, no hemos podido documentar ninguna transmisión sustancial del SARS-CoV-2 en los meses anteriores al brote de diciembre. Sin embargo, no podemos excluir que haya habido casos más leves, y puede que haya habido epidemias más pequeñas, que hayan pasado desapercibidas”, reconoció la Dra. Thea Fisher, líder de epidemiología en la misión a China. Embarek consideró “perfectamente posible que haya casos anteriores, casos esporádicos, circulando en y alrededor de Wuhan antes de diciembre, digamos noviembre y potencialmente también octubre, de 2019”.

La OMS baraja otras tres hipótesis sobre cómo el SARS-CoV-2 saltó a los humanos. En primer lugar, el salto directo de un animal a un humano; la segunda, la más posible, del murciélago y a través de especies animales intermediarias, con un segundo animal involucrado que sea “potencialmente más cercano a los humanos, en el que el virus se adapta fácilmente y salta a los humanos”.



La tercera teoría, defendida fervientemente por las autoridades chinas, es la posibilidad de que los productos congelados actúen como superficie de transmisión del virus a la población humana o vías de transmisión relacionadas con la alimentación.

La OMS consideró esta explicación “posible”, aunque puntualizó que “la probabilidad de una contaminación de la cadena de frío con el virus de un reservorio es muy baja”. “Aunque hay algunas pruebas de la posible reintroducción del SARS-CoV-2 a través de la manipulación de productos congelados contaminados importados en China desde la ola pandémica inicial, esto sería extraordinario en 2019, cuando el virus no circulaba ampliamente”, resaltaron.

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](mailto:reporteepidemiologicocba@gmail.com) aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.