

## CÓRDOBA

- Aumentan sin control los casos de infección por la variante Omicron del SARS-CoV-2

## ARGENTINA

- Vigilancia de neumonía

## AMÉRICA

- Evaluación del riesgo de enfermedades prevenibles por vacunación en la Región
- Brasil: El dengue avanza en áreas que se consideraban protegidas

- Brasil: Detectan el primer caso de encefalitis de Saint Louis en Piauí

- Estados Unidos: Detectan mucormicosis en pacientes de Arkansas con COVID-19

- Estados Unidos: Las cepas de la vacuna contra la influenza no coinciden con la principal cepa circulante

## EL MUNDO

- Camerún: Situación epidemiológica del cólera
- China: Brote de hantaviriosis en la provincia de Shaanxi

- Países Bajos: Declaran un confinamiento estricto para frenar la COVID-19

- Reino Unido: Registran récord de casos de COVID-19 y advierten que lo peor está por venir

- República Democrática del Congo: Declaran el fin del 13° brote de enfermedad por el virus del Ébola en el país

- Situación epidemiológica global de la poliomielitis

## OPINIÓN

- Una pandemia alimentada por la codicia seguirá matando a millones

### 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.

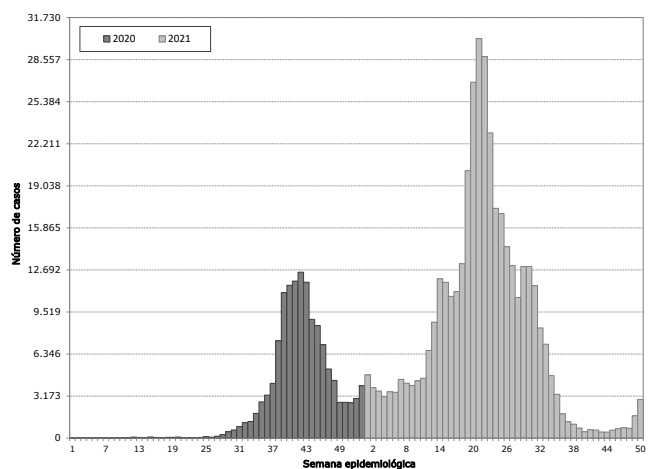
La llegada de la variante Omicron desde Sudáfrica y Europa al país rompió una barrera de espacio. Pero su impacto más pernicioso es en la dimensión del tiempo: Argentina perdió la ventaja de la información anticipada, que tuvo durante las olas anteriores de la COVID-19.

En Reino Unido, los casos superaron todos los registros previos en pandemia, la variante ya se hizo dominante y están creciendo las hospitalizaciones. Pero ese país tiene sólo dos semanas de “ventaja” en el conocimiento de Omicron. Argentina ahora no se puede basar en lo que ocurrió en otros países para la implementación de medidas para mitigar este flagelo.

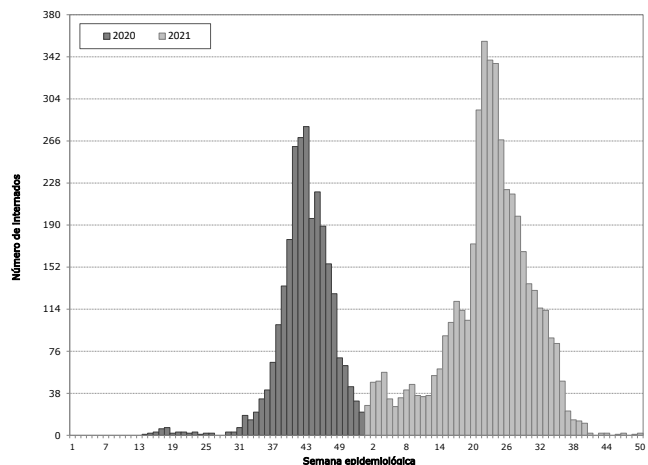
El pase sanitario es, hasta ahora, la única medida de restricción sanitaria en carpeta. No hay margen para mucho más, aceptan los gobiernos. Y su aplicación –desde el 20 de diciembre– ya muestra su insuficiencia. Ninguno de los eventos de supercontagio en las fiestas de egresados de las últimas semanas se hubiera prevenido con la exigencia de esquemas completos de vacunación, porque aún cuando fueron reuniones masivas, no llegaban al piso del pasaporte, de mil asistentes.

¿El avance exponencial de Omicron obligará a revisar ese rango alto para la exigencia de tener aforos 100% vacunados?

La llegada anticipada de Omicron al país no podría ser más inoportuna. Luego de cinco meses en continua desescalada, todas las medidas de prevención se han relajado. Ni las que menos perjuicio económico traen, como el uso del barbijo o la ventilación adecuada, se respetan. Y el contexto de socialización intensa de fin de año favorece su multiplicación.



Casos confirmados de COVID-19. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 20 de diciembre de 2021, 08:00 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 20 de diciembre de 2021, 08:00 horas.

Sólo falta saber a cuánto ascenderá el número de casos, que crece en progresión exponencial desde el 14 de diciembre. De sostenerse este ritmo de expansión, incluso antes de Navidad podrían alcanzarse los dos mil casos diarios notificados en Córdoba.

## **Vulnerabilidades**

No es casual que los brotes de esta variante hayan hecho carne en niños y adolescentes. Son el grupo más vulnerable, por nula, baja o insuficiente cobertura de vacunación.

En números: hay 172.167 niños de 3 a 11 años sin ninguna dosis aplicada, y a 100.196 les falta completar el esquema. Entre los adolescentes de 12 a 17 años, aún hay 65.029 sin ninguna dosis aplicada y otros 59.656 que iniciaron pero no concluyeron el esquema. Un panorama similar se registra en el grupo etario de 18 a 24 años, donde existen 54.955 sin vacunar y 69.596 sin completar esquemas.

En este universo joven se concentran casi 300.000 de las 480.000 personas con ninguna dosis en la provincia.

El caso de los adolescentes de 12 a 17 años es interesante: en su mayoría tienen aplicadas dos dosis de la vacuna de Pfizer, un laboratorio que ya reconoció una pérdida muy significativa de inmunidad al contagio contra Omicron con dos dosis, lo que se recupera con una tercera aplicación. ¿Se puede considerar en un escenario de Omicron como variante predominante que tener dos dosis de Pfizer es un esquema completo?

En la banda etaria de los adultos mayores de 65 años, la vacuna más utilizada es la Sputnik V. De los 641.717 cordobeses en este grupo etario, 623.137 tienen colocadas dos dosis. Hay, a su vez, 313.397 terceras dosis colocadas, una parte de ellas ya entre los mayores de edad. Pero el remanente sigue siendo muy grande y, por las demoras en la provisión del segundo componente de la vacuna rusa, el intervalo de cinco meses exigido para aplicar el refuerzo con AstraZeneca recién se cumplirá entre fines de enero y marzo.

En publicaciones del propio fabricante, se asegura que Sputnik V tiene un desempeño superior a las vacunas de tecnología de ARN mensajero –como Pfizer o Moderna– contra Omicron. Pero tanto en su caso como en la china Sinopharm –muy utilizada para inmunizar a adultos jóvenes en Argentina– lo tendrán que demostrar en un laboratorio a cielo abierto en el país, porque en el resto de los lugares del mundo donde está presente ya Omicron y hay datos disponibles no hay información de desempeño de vacunas de virus inactivado contra esta variante.

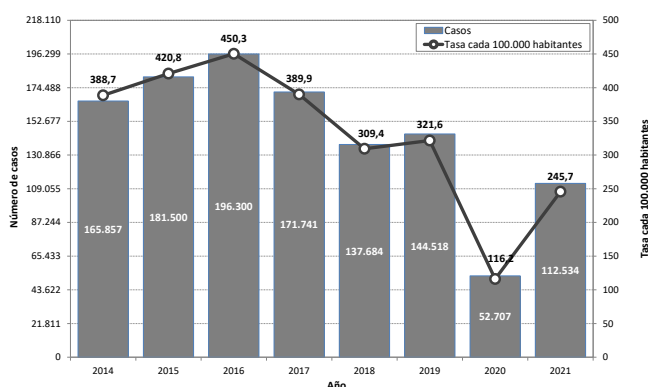
La supercontagiosidad de Omicron está probada. No lo está aún su relativa baja incidencia en casos severos, hospitalización y muertes. Pero, como ya enseñó la pandemia, porcentajes muy chicos pueden ser números muy altos, humanamente intolerables.

Provincia/Región	2014/2019		2020		2021	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	67.247	366,14	1.752	56,96	2.239	72,72
Buenos Aires	233.208	229,62	11.952	68,14	39.131	220,96
Córdoba	117.345	539,41	3.487	92,73	5.654	148,86
Entre Ríos	36.066	448,28	2.939	212,06	2.596	185,63
Santa Fe	70.481	341,53	2.300	65,04	6.141	172,34
<b>Centro</b>	<b>524.347</b>	<b>307,78</b>	<b>22.430</b>	<b>76,55</b>	<b>55.761</b>	<b>188,71</b>
Mendoza	81.572	709,08	4.796	240,96	10.350	514,83
San Juan	22.982	509,56	1.115	142,73	1.684	213,30
San Luis	23.329	800,06	1.259	247,67	5.714	1.110,36
<b>Cuyo</b>	<b>127.883</b>	<b>675,56</b>	<b>7.170</b>	<b>218,61</b>	<b>17.748</b>	<b>535,47</b>
Chaco	53.080	761,46	2.494	207,05	5.029	413,49
Corrientes	21.873	335,79	1.007	89,85	1.588	140,49
Formosa	16.781	476,33	1.003	165,73	759	124,42
Misiones	23.740	326,66	1.567	124,24	2.843	222,98
<b>Noreste Argentino</b>	<b>115.474</b>	<b>475,69</b>	<b>6.071</b>	<b>144,83</b>	<b>10.219</b>	<b>241,49</b>
Catamarca	13.252	548,72	830	199,79	1.399	333,90
Jujuy	15.066	338,95	1.427	185,11	2.087	267,83
La Rioja	19.414	861,75	1.759	446,98	3.064	768,60
Salta	43.288	530,14	3.422	240,24	4.410	305,83
Santiago del Estero	14.157	250,16	846	86,48	1.430	144,70
Tucumán	29.282	300,59	1.875	110,64	2.708	157,95
<b>Noroeste Argentino</b>	<b>134.459</b>	<b>411,46</b>	<b>10.159</b>	<b>178,94</b>	<b>15.098</b>	<b>262,96</b>
Chubut	14.800	423,37	647	104,52	1.213	192,79
La Pampa	9.411	451,10	573	159,86	1.478	408,97
Neuquén	24.707	650,31	2.081	313,38	3.651	542,93
Río Negro	25.595	597,78	2.028	271,26	3.831	506,04
Santa Cruz	15.291	762,95	1.318	360,41	3.406	908,86
Tierra del Fuego	5.463	573,96	230	132,62	129	72,60
Sur	95.267	573,24	6.877	234,85	13.708	461,15
<b>Total Argentina</b>	<b>997.430</b>	<b>379,44</b>	<b>52.707</b>	<b>116,15</b>	<b>112.534</b>	<b>245,66</b>

Tabla 1. Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes, según jurisdicción. Argentina. Años 2014/2021, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

En el año 2021, hasta la semana epidemiológica (SE) 44, se notificaron a la vigilancia clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 112.534 casos. La tasa de incidencia de este período es 111,50% mayor que la correspondiente a igual intervalo de 2020. Solo tres jurisdicciones presentan una menor incidencia que en idéntico periodo del año 2020: Entre Ríos, Formosa y Tierra del Fuego.

Asimismo, la incidencia del año 2021, hasta



Casos notificados y tasas de notificación cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2014-2021, hasta semana epidemiológica 44. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

la SE 44, equivale a 64,74% de la correspondiente al periodo 2014/2019. Solo dos provincias presentan una mayor incidencia en comparación con el periodo 2014/2019: San Luis y Santa Cruz.

En base a los datos de las primeras 44 semanas de los últimos ocho años, se observa un pico en el año 2016, a partir del cual se produce en general una tendencia en descenso, con un leve repunte en 2019 y una caída notable en 2020, aunque con un fuerte incremento en el año en curso, en el que los casos más que duplican los del año anterior.



Después de más de 22 meses de la pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas, los sistemas de salud aún enfrentan desafíos y las actividades de inmunización de rutina se están poniendo al día en la mayoría de los países. La pandemia ha afectado el cumplimiento de los indicadores de vigilancia de las enfermedades prevenibles por vacunas (EPV).

Varios factores han contribuido a la ocurrencia de brotes de sarampión en las Américas entre 2017 y 2021, entre ellos el incumplimiento de la cobertura de vacunación con dos dosis, ahora influenciada por la pandemia de COVID-19. Durante el mismo periodo, se observaron brechas en el desempeño de los indicadores internacionales para la vigilancia integrada de sarampión y rubéola. Por lo tanto, considerando las brechas entre los indicadores, la baja cobertura de vacunación en muchos países y la amplia circulación del virus en otras Regiones del mundo, no se puede descartar la aparición de nuevos brotes de diversa magnitud en la Región de las Américas.

### Efectos de la pandemia de COVID-19

En 2021, los 54 países y territorios de la Región han notificado casos y muertes por COVID-19. Aunque aún no es cuantificable, se cree que el impacto social y económico negativo de la pandemia a corto, mediano y largo plazo, a nivel local, nacional y mundial, no tiene precedentes. Además de la morbilidad y mortalidad directamente atribuidas a la COVID-19 en la Región, la pandemia, en general, también ha afectado la prestación de servicios de salud, las conductas de demanda de servicios de salud, los recursos y la capacidad de respuesta a brotes.

Desde el comienzo de la pandemia, 27 Estados miembros han activado o establecido estructuras y medidas administrativas de emergencia del sector de la salud para fortalecer los sistemas de salud de los países. Sin embargo, coexisten con los desafíos crónicos de los sistemas de salud como la fragmentación, la inequidad en el acceso a los servicios de salud integrales, las debilidades relacionadas con los recursos humanos para la salud, el acceso inequitativo a las tecnologías de la salud, las capacidades limitadas para las funciones esenciales de salud pública (FESP), y programas de control y prevención de infecciones (PCI) con fondos insuficientes, y cumplimiento limitado de las prácticas de PCI. Estos se han convertido en una prioridad para la acción inmediata para escalar y expandir rápidamente la salud pública y los servicios de atención médica individual para responder a la pandemia de COVID-19, mientras se mantienen otros servicios esenciales, lo cual es el principal desafío.

La continuidad de los servicios esenciales brindados en el primer nivel de atención se ha visto afectada en todas las áreas, pero principalmente en las zonas periurbanas, rurales y en poblaciones indígenas. Esto se relaciona con el déficit ya existente de trabajadores de la salud, los trabajadores de salud infectados y el cierre de varios servicios de primer nivel de atención en estas áreas.

Las principales limitaciones que enfrenta el primer nivel de atención incluyen la brecha de recursos humanos y la falta de incentivos; dificultades de conectividad; escasez de medicamentos, suministros, dispositivos médicos y equipo de protección personal (EPP); y desafíos en la logística para llevar a cabo la investigación de casos y el rastreo de contactos, pruebas, tamizaje, atención domiciliaria, administración de centros de llamadas y teleconsultas. Las principales razones de la interrupción de los servicios esenciales incluyen la cancelación de los servicios de atención electiva (14 de 24 países, 58%), la reasignación de personal clínico a la respuesta a la COVID-19 (12 de 24 países, 50%) y los pacientes que no se presentan (12 de 24 países, 50%).

La vacunación como servicio esencial de salud, también se ha visto afectada, con una disminución en la demanda de servicios de vacunación, y la postergación de las campañas de vacunación debido a la pandemia. Entre 2020 y 2021, dos países (Chile y México) completaron sus campañas de seguimiento contra el sarampión y la rubéola; tres países (Bolivia, Colombia y Paraguay) están en curso; y cuatro países (Argentina, Honduras, República Dominicana y Venezuela) tienen previsto implementar sus campañas en 2022.

Las restricciones impuestas a la circulación y la preocupación por la pandemia, han limitado las actividades de atención primaria de la salud, incluidos los servicios preventivos como la vacunación, con la consiguiente disminución de la cobertura de vacunación y un aumento de la población susceptible. A esto se suman los fenómenos migratorios en la Región, el relajamiento de las medidas de salud pública y sociales, además del impacto de la COVID-19 en la capacidad de los sistemas de salud.

Por lo tanto, no se puede descartar la ocurrencia de nuevos brotes de EPV de diversa magnitud en la Región de las Américas, por lo que el riesgo regional se evalúa como “muy alto”.

Ciertas áreas de Brasil que antes estaban protegidas por barreras geográficas para la transmisión del dengue –como lugares remotos en la Amazonía Occidental, puntos de gran altitud en el Sureste y regiones del Sur–, hoy tienen un mayor riesgo, según una [investigación](#) reciente que estudió la propagación de los brotes de la enfermedad en el país para comprender qué la está acelerando.



El hallazgo del estudio refuerza la importancia del monitoreo para que los gestores públicos diseñen estrategias de prevención, conociendo las zonas donde el dengue ya se detectó y están en riesgo de futuros brotes.

Según la investigación, el cambio climático, la movilidad global y el aumento de la urbanización son factores que contribuyeron a que las tasas de incidencia global de la enfermedad se duplicasen cada década desde hace 30 años.

El análisis recopiló datos desde enero de 2001 hasta diciembre de 2020, usó un modelo estadístico que calculó diferentes variables, y empleó notificaciones mensuales de casos de dengue para los 5.570 municipios brasileños.

Además, se registraron las temperaturas medias mensuales de cada localidad estudiada, el porcentaje de habitantes que vivía en áreas urbanas en cada década y la movilidad de las personas según cada ciudad por tamaño y vinculación con otras localidades.

En áreas que no han tenido brotes anteriores, la población no tiene inmunidad al virus. La primera vez que el virus se presenta en el área, los residentes se encuentran particularmente en riesgo.

El estudio alerta porque los cuatro serotipos del virus del dengue son endémicos en Brasil y, al tener un clima tropical y subtropical, existen condiciones favorables para la transmisión del virus a través de su vector más conocido, el mosquito *Aedes aegypti*, muy presente en regiones urbanas. Para reproducir y transmitir el virus, el insecto necesita temperaturas entre 17,8 y 34,5°C.

También existe otra especie común en ambientes rurales, *Aedes albopictus*, que, según [otra investigación](#), puede estar involucrada en la introducción del dengue en estas áreas. Esta especie prefiere temperaturas más bajas (entre 16,2 y 31,4°C).

Al observar cuántos meses del año cada municipio tenía una temperatura promedio de entre 16,2 a 34,5°C, se evaluó si la temperatura influía en los cambios en el área de transmisión del dengue.

Los resultados indican que la barrera de transmisión geográfica se ha modificado en la última década. En el sur, en el área de transmisión ingresaron los estados de Paraná y Santa Catarina.



En el norte, los estados de Acre y Amazonas tienen más riesgo de brotes y, en general, los límites geográficos de la región prácticamente han desaparecido.

Los municipios que ya habían experimentado un brote tenían el doble de probabilidades de tener brotes posteriores. En cuanto a conectividad y movilidad, las ciudades con muchas conexiones de transporte aumentaron las posibilidades de un brote, pues el mosquito podría ser transportado o un viajero podría estar infectado con el virus.

Las barreras de transmisión del dengue se están erosionando muy rápidamente. Este trabajo puede informar a las políticas públicas, porque el control de vectores debe centrarse en áreas con riesgo de brotes futuros, así como en áreas que ya se sabe que tienen brotes, para tratar de evitar una expansión futura.

También deben tenerse en cuenta a los países vecinos de Brasil por la alta conectividad entre ellos. Es necesaria una acción coordinada e internacional para proteger a la población. Las acciones individuales de cada país no son suficientes.

Existen informes de ciudades en zonas templadas de [Argentina](#) que han experimentado brotes constantes como resultado del aumento de las temperaturas y del movimiento de personas. En la [Amazonía peruana](#) hay indicios de que las áreas rurales anteriormente protegidas también están experimentando la misma situación que Brasil debido a su conexión con ciudades más grandes.

[InfoDengue](#), un sistema brasileño de monitoreo de arbovirus implementado en 2015, ya se habían notado algunas tendencias a la expansión, hacia nuevos centros urbanos, a regiones sin gran densidad poblacional, ciudades secundarias, que mantienen una gran conexión con los grandes centros.

Los datos son importantes para la toma de decisiones, pero los modelos matemáticos son útiles cuando funcionan en conjunto con una buena vigilancia epidemiológica en el país.

La Gerencia de Epidemiología de la Fundación Municipal de Salud de Teresina (Piauí) recibió el 7 de diciembre de 2021 la confirmación de laboratorio de un caso de infección humana por el virus de la encefalitis de Saint Louis. Una paciente adulta desarrolló síntomas neurológicos en marzo del mismo año. Aunque vivía y enfermó en Lagoa do Mato, en Maranhão (probable lugar de contagio), la paciente buscó atención médica y fue ingresada en el Hospital de Urgencias de Teresina (HUT), donde recibió tratamiento. Tuvo una buena evolución clínica y los exámenes ELISA-IgM y la prueba de neutralización por reducción de placa realizada en el Instituto Nacional de Infectología 'Dr. Evandro Serafim Lobo Chagas' fueron positivos para el virus de la encefalitis de Saint Louis, cumpliendo así los criterios de confirmación del caso.

Al momento de la hospitalización se notificó el caso y se inició la investigación a través del Programa de Vigilancia de Enfermedades Neuroinvasivas por Arbovirus, que funciona en Teresina desde 2013. Esta estrategia de vigilancia se implementa en todos los hospitales públicos (municipales, estatales y federales) e instituciones privadas de Teresina, con el apoyo de los equipos de los Núcleos Hospitalarios de Epidemiología. Actualmente, la red pública municipal de hospitales de Teresina cuenta con trece hospitales y trece Núcleos Hospitalarios de Epidemiología. A través de la vigilancia epidemiológica, se investigan los casos de síndromes neuroinvasivos para detectar infecciones por los virus Dengue, Zika, Chikungunya, del Nilo Occidental y otros transmitidos por picaduras de mosquitos (arbovirus). Hasta ahora, ya han sido notificados e investigados más de 700 casos de síndromes neurológicos –107 en el último año–, pero éste es el primer caso confirmado de infección por el virus de la encefalitis de Saint Louis diagnosticado por el programa.

En algunos estados brasileños ya se han producido casos esporádicos o pequeños brotes de la enfermedad, así como infecciones en aves y animales. La encefalitis de Saint Louis no se transmite de persona a persona; para que se produzca la transmisión, es necesario que un mosquito vector pique a un pájaro con una gran cantidad de virus en su torrente sanguíneo y luego pique a un humano. Aun así, muy pocas personas picadas por mosquitos infectados desarrollan enfermedad neurológica, manifestada por meningitis (fiebre, vómitos, dolor de cabeza y cuello), encefalitis (fiebre, confusión mental, convulsiones, parálisis, temblores, coma), mielitis (parálisis muscular, pérdida de sensibilidad, y del control de la micción y evacuación) o polirradiculoneuritis (debilidad muscular, entumecimiento, dificultad para respirar). La mayoría de los casos leves evolucionan bien, pero hasta 20% de las personas mayores afectadas por formas neurológicas pueden morir.

Según Amariles de Sousa Borba, Directora de Vigilancia Sanitaria, tan pronto como se recibieron los resultados, fueron comunicados a la Secretaría Estatal de Salud de Maranhão y al Ministerio de Salud. Entre las medidas de salud pública recomendadas figuran: fortalecer la vigilancia de enfermedades neuroinvasivas causadas por arbovirus y estrategias de control de vectores (similar a lo que se hace para el control del dengue), así como recomendaciones a la población para minimizar la exposición de los individuos a potenciales mosquitos transmisores. Ante el diagnóstico de un caso de infección por el virus de la encefalitis de Saint Louis, la Gerencia de Epidemiología de la Fundación Municipal de Salud emitió una alerta dirigida a los profesionales de la salud del país.

Se trata de un fenómeno que se identificó por primera vez en India a principios de año: unos pacientes que tienen o se están recuperando de la COVID-19 que entonces contraen una infección fúngica, que a veces resulta letal, conocida como [mucormicosis](#).

Ahora, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han aislado casos de la enfermedad que están afectando a pacientes con COVID-19 en el país.

Del 17 al 24 de septiembre de 2021, tres profesionales clínicos notificaron de forma independiente al Departamento de Salud de Arkansas sobre múltiples pacientes con mucormicosis tras un diagnóstico reciente de COVID-19.

La afección es provocada por una variedad de hongos que ocurren de forma natural, que en general son inocuos, pero que pueden provocar una enfermedad en las personas cuyos sistemas inmunitarios han sido devastados por una enfermedad, lo que incluye a la COVID-19.

Una [declaración](#) que publicó el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar de India en mayo, explicaba que "las personas desarrollan mucormicosis al entrar en contacto con esporas fúngicas en el ambiente de la tierra o de las hojas en descomposición. También puede desarrollarse en la piel después de que el hongo irrumpe a través de una cortada, arañazo, quemadura u otro tipo de traumatismo cutáneo.

"La mucormicosis se comienza a manifestar como una infección en la piel en las bolsas de aire ubicadas detrás de la frente, la nariz, los pómulos y entre los ojos y los dientes", añadió la declaración. "Entonces se propaga a los ojos, los pulmones, e incluso puede llegar al cerebro. Conduce a un ennegrecimiento o decoloración de la nariz, una vista borrosa o doble, dolor en el pecho, dificultades para respirar y tos con sangre".

Una vez se establece, la mucormicosis es difícil de tratar. El tratamiento implica extirpar todo el tejido muerto e infectado mediante cirugía. En algunos pacientes, esto podría resultar en la pérdida de la mandíbula superior y a veces incluso el ojo. La cura también podría implicar un tratamiento de 4 a 6 semanas de terapia antifúngica intravenosa. Como afecta a varias partes del cuerpo, el tratamiento requiere un equipo de microbiólogos, especialistas en medicina interna, neurólogos intensivistas, otorrinolaringólogos, oftalmólogos, dentistas, cirujanos y otros especialistas.

Un reciente [informe](#) señala que se identificaron 10 casos confirmados en laboratorio de mucormicosis en pacientes tratados en seis hospitales de Arkansas entre el 12 de julio y el 28 de septiembre de 2021. Nueve de los 10 pacientes vivían en ese estado, todos eran blancos, siete eran hombres y la edad promedio de los pacientes era de 57 años.

Todas habían tenido un resultado positivo en una prueba de COVID-19 en los dos meses anteriores, y ocho de los 10 pacientes también tenían diabetes, otro factor de riesgo conocido para la mucormicosis.

Muchos casos fueron graves: cuatro pacientes presentaban una enfermedad que se había propagado a la nariz y la boca, y en tres de estos pacientes también estaba afectado el cerebro. En dos casos, la enfermedad atacó a los pulmones, y en un caso se afectó el sistema gastrointestinal.

Ninguno de los pacientes se había vacunado contra la COVID-19.

Además de enfrentarse a la mucormicosis, ocho de los pacientes sufrieron casos tan graves de COVID-19 que requirieron ventilación mecánica para respirar.

La mayoría de los pacientes no sobrevivió. Cinco recibieron un tratamiento quirúrgico para extirpar el tejido afectado por la mucormicosis, y seis de los 10 pacientes fallecieron durante la hospitalización o en un plazo de una semana tras el alta.

El brote de casos de mucormicosis en Arkansas coincidió con un aumento a mediados del verano de los casos de COVID-19 en todo el estado, provocado por el surgimiento y la propagación de la variante Delta.

Ante la ausencia de la COVID-19, la mucormicosis es extremadamente rara en Arkansas u otros estados. Pero, basándose en el brote de verano, el Departamento de Salud de Arkansas coordinó una llamada estatal el 11 de octubre de 2021 a los prevenicionistas de infecciones para los casos de mucormicosis asociados con la COVID-19.

No resulta sorprendente que la mucormicosis también pueda “superinfectar” a los pacientes con COVID-19 que presentan una grave desregulación inmunitaria. Mientras luchan contra la COVID-19, algunos de estos pacientes podrían también estar recibiendo medicamentos para suprimir su sistema inmunitario, como dexametasona o tocilizumab, y muchos quizá ya hayan sufrido un daño pulmonar. Esto los deja más vulnerables a infecciones fúngicas como la mucormicosis.

Por supuesto, muchas de las tragedias descritas en el informe de Arkansas se pudieran haber evitado fácilmente: la mejor prevención para no sufrir un caso grave de COVID-19 es estar vacunado.

Uno de los principales virus de la influenza que están circulando ha cambiado y las vacunas actuales ya no actúan bien contra él, una indicación de que es posible que no hagan mucho para prevenir la infección. Pero aún es probable que prevengan enfermedades graves, según un reciente [estudio](#).<sup>1</sup>

Las vacunas contra la influenza protegen contra cuatro cepas diferentes: A(H3N2), A(H1N1) y dos cepas de influenza B. La principal cepa circulante es la A(H3N2).



El desajuste de las vacunas puede ayudar a explicar un brote de influenza en la Universidad de Michigan el mes pasado que afectó a más de 700 personas. Más de 26% de los que dieron positivo en la prueba habían sido vacunados contra la influenza, el mismo porcentaje que los que dieron negativo. Eso indica que la vacuna no fue eficaz para prevenir la infección.

Los virus de la influenza mutan todo el tiempo, mucho más que otros virus, incluido el coronavirus. Y pueden circular diferentes variaciones al mismo tiempo. Pero esta versión del A(H3N2) tiene cambios que lo ayudan a escapar de los anticuerpos que el cuerpo produce en respuesta a las vacunas.

Los anticuerpos son la primera línea de defensa contra invasores como los virus, y la vacuna actual no parece generar ninguno de los anticuerpos adecuados contra esta nueva versión mutada de A(H3N2), llamada 2a2 para abreviar.

Afortunadamente, es poco probable que los cambios afecten la segunda línea de defensa que ofrece el sistema inmunológico: las llamadas células T, por lo que incluso si las vacunas no protegen contra las infecciones, es probable que protejan a las personas contra enfermedades graves y la muerte.

Los estudios han demostrado claramente que las vacunas contra la influenza estacional previenen sistemáticamente las hospitalizaciones y las muertes incluso en años en los que hay grandes desajustes antigénicos.

Las vacunas contra la influenza serán cruciales para reducir las hospitalizaciones, a medida que los virus SARS-CoV-2 y A(H3N2)2a2 co-circulen en los próximos meses.

La influenza volverá este año

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos han dicho que la influenza prácticamente desapareció el año pasado, pero volverá este año. El gran temor es un "doble golpe" de la influenza y la COVID-19.

<sup>1</sup> Este artículo es una versión preliminar y no ha sido certificado por una revisión por pares. Informa sobre nuevas investigaciones médicas que aún no se han evaluado y, por lo tanto, no deben utilizarse para guiar la práctica clínica.

Es probable que la inmunidad de la población contra los virus de la influenza sea baja, ya que estos virus no han circulado ampliamente durante la pandemia de COVID-19.

El distanciamiento físico, el uso de barbijo y la disminución de los viajes internacionales probablemente hayan contribuido a reducir la circulación mundial de los virus de la influenza. Una vez que se alivien o eliminen las restricciones relacionadas con la COVID-19, es posible que los virus de la influenza circulen ampliamente debido a la falta de inmunidad de la población inducida por infección durante los últimos dos años.

La eficacia de la vacuna contra la influenza cambia de un año a otro. Parte del problema es el tiempo de espera necesario para fabricar las vacunas contra la influenza. La mayoría se fabrica con tecnología antigua que requiere el uso de huevos de gallina incubados durante semanas. Por lo tanto, las cepas de la vacuna se eligen seis meses antes de la entrega de las vacunas.

## **El virus evoluciona**

El virus puede evolucionar en ese tiempo, o pueden llegar a dominar diferentes cepas, y eso parece haber sucedido este año. En los años en que la vacuna no coincide bien con los virus circulantes, la efectividad de la vacuna se desploma, a veces hasta 6%, ya que la efectividad general fue contra la influenza A(H3N2) en la temporada de influenza 2014-2015. Los cambios en el virus A(H3N2) este año recuerdan las mutaciones que debilitaron la vacuna en 2014-2015.

Sin embargo, la situación aún puede cambiar. Si bien los casos de infecciones por A(H3N2)2a2 están aumentando rápidamente en Estados Unidos y otras partes del mundo, es posible que otras variaciones de A(H3N2) se vuelvan predominantes en el futuro.

También es posible que los virus A(H1N1) o de la influenza B dominen más adelante en la temporada 2021-2022. Todavía no está claro qué tan bien las vacunas podrían coincidir con esas cepas.

Según los CDC, la influenza mata entre 12.000 y 52.000 personas al año, dependiendo de la temporada, y lleva hasta 700.000 personas al hospital.



CAMERÚN

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CÓLERA

16/12/2021

Desde principios de 2021, Camerún ha notificado casos esporádicos de cólera. Durante la semana epidemiológica (SE) 43 de 2021, las autoridades sanitarias declararon un brote de cólera que actualmente se encuentra activo en la región Sud-Ouest, con casos también reportados en las regiones Centre y Littoral. Entre el 25 de octubre y el 10 de diciembre de 2021, estas tres regiones notificaron un número acumulado de 309 casos sospechosos y cuatro confirmados por laboratorio, con 19 muertes (tasa de letalidad de 6,1%).

La región Sud-Ouest notificó los dos primeros casos el 27 de octubre en el área de Kesse, comuna de Bamusso, distrito sanitario de Ekondo Titi. Se recolectaron dos muestras de materia fecal de los casos que dieron positivo para cólera mediante cultivo en el laboratorio del Hospital Laquintinie en Douala. Al 10 de diciembre, se había identificado un total de 163 casos sospechosos con siete muertes (tasa de letalidad de 4,3%) en el distrito sanitario de Ekondo Titi. El 66% de los casos eran hombres y 16,6% tenía menos de cinco años de edad. El brote se ha extendido al distrito sanitario vecino de Bakassi, con 95 casos sospechosos y 11 muertes (tasa de letalidad de 11,6%).

El 28 de octubre de 2021, la región Centre notificó un caso sospechoso sin vínculo epidemiológico con los casos notificados en la región Sud-Ouest, del área sanitaria de Akok-Ndoe, distrito sanitario de Biyem-Assi, que forma parte de la comunidad urbana de Yaundé, la capital de Camerún. Una muestra de materia fecal dio positivo para cólera mediante la prueba de diagnóstico rápido, y el 29 de octubre se confirmó que era positivo para *Vibrio cholerae* mediante reacción en cadena de la polimerasa y cultivo en el Centro 'Dr. Louis Pasteur' de Camerún, en Yaundé. Se ha informado de un acumulado de 50 casos sospechosos y una muerte (tasa de letalidad de 2%) en el distrito sanitario de Biyem-Assi. De estos, 52% eran hombres y 8% tenían menos de cinco años de edad. El último caso hasta la fecha en la región Centre se informó el 11 de noviembre de 2021.

En la región de Littoral, el 21 de noviembre se confirmó mediante cultivo un caso de cólera en un niño de ocho años en el laboratorio del Hospital Laquintinie en Douala. Este ha sido un caso aislado sin más casos sospechosos. Su familia y las de su vecindario tampoco informaron antecedentes de viajes.

## Respuesta de salud pública

### Coordinación

- Los sistemas de gestión de incidentes se activaron en las regiones afectadas para coordinar la respuesta y apoyar a los equipos del distrito.

- El Ministerio de Salud, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Médicos sin Fronteras (MSF), elaboró un plan de respuesta.
- Las reuniones de coordinación se llevan a cabo dos veces por semana y se producen informes de situación para actualizar a las partes interesadas relevantes sobre la situación.

### **Vigilancia**

- Las actividades de vigilancia epidemiológica están en curso, incluida la vigilancia basada en la comunidad y la búsqueda activa de casos.
- Se han completado las investigaciones epidemiológicas iniciales sobre el brote de cólera en las regiones de Sud-Ouest, Centre y Littoral.
- Los distritos sanitarios vecinos y las zonas de alto riesgo han reforzado las actividades de vigilancia.

### **Gestión de casos y laboratorio**

- Se han desplegado equipos de respuesta rápida en las regiones Sud-Ouest (Ekondo Titi) y Centre.
- Se han enviado kits de pruebas de diagnóstico rápido y medios de transporte de muestras a las regiones afectadas.
- Se instaló una unidad de tratamiento del cólera (CTU) de 14 camas en el Centro Sanitario de Bamusso y se han desarrollado pautas de tratamiento con el apoyo de MSF. Se distribuyeron kits de manejo de casos de cólera en los establecimientos de salud; el tratamiento es gratuito.
- MSF ha establecido puntos de rehidratación oral (ORP) en el Distrito Sanitario de Bakassi, en la región Sud-Ouest.

### **Agua, saneamiento e higiene (WASH)**

- Se ha capacitado a líderes comunitarios y miembros de la comunidad seleccionados sobre lavado de manos, purificación de agua y desinfección de hogares y espacios públicos.
- Se han distribuido Aquatabs a las zonas afectadas.
- Se ha fortalecido el WASH en la CTU.
- Se ha capacitado a los trabajadores comunitarios de la salud sobre el entierro seguro de las muertes relacionadas con el cólera.

### **Comunicación de riesgos y participación comunitaria**

- El país ha elaborado una solicitud de vacuna oral contra el cólera (OCV) que se enviará al Grupo de Coordinación Internacional para la Provisión de Vacunas contra el Cólera para una campaña de vacunación reactiva.
- Las actividades de comunicación de riesgos y participación comunitaria están en curso. Los líderes comunitarios y religiosos, junto con las partes interesadas relevantes, están apoyando al equipo en la movilización de la comunidad para la vacunación.
- La descontaminación en los hogares de los casos sospechosos, junto con las actividades de comunicación de riesgos, están en curso en áreas de difícil acceso.

### **Evaluación de riesgos de la OMS**

El cólera es una infección entérica aguda causada por la ingestión de la bacteria *Vibrio cholerae* presente en agua o alimentos contaminados. En su forma grave, puede provocar una deshidratación grave y la muerte en cuestión de horas si no se trata. Está principalmente relacionado con el acceso insuficiente al agua potable y al saneamiento adecuado. Tiene el poten-



cial de propagarse rápidamente, dependiendo de la frecuencia de exposición, la población expuesta y el contexto.

El cólera es endémico en Camerún. Desde 2018, se han informado brotes todos los años en varias regiones del país, incluidas las regiones actualmente afectadas (Sud-Ouest, Centre y Littoral). Varios factores de riesgo coinciden con la circulación de *V. cholerae* en el país, incluido el acceso limitado a agua potable y a instalaciones de atención médica en las áreas afectadas de la región Sud-Ouest y en la ciudad capital de Yaoundé, así como prácticas culturales que contribuyen a condiciones inseguras de WASH.

El distrito sanitario de Biyem-Assi en la región Centre es un área densamente poblada con acceso insuficiente a agua potable y saneamiento, que se encuentra en el corazón de la ciudad capital, Yaoundé. Esto puede favorecer un brote de cólera que se propague rápidamente si no se implementan medidas de control oportunas.

Los distritos sanitarios afectados en la región Sud-Ouest (Ekondo Titi, Bakassi y Mobonge) pertenecen a un archipiélago en una zona de crisis humanitaria con un conflicto armado en curso, y no se puede excluir el riesgo de exportación del cólera a otros distritos vecinos. Las limitaciones de seguridad, la accesibilidad geográfica limitada de algunas áreas y las redes de comunicación subóptimas conducen a actualizaciones epidemiológicas irregulares y una posible subnotificación de casos. La población tiene un acceso limitado o nulo a agua potable y letrinas, y las condiciones higiénicas generales son inadecuadas. El acceso a la atención médica es limitado y los pacientes pueden tener que viajar largas distancias en bote para buscar atención.

Además, la región Sud-Ouest limita con Nigeria, y hay un movimiento de población transfronterizo importante y frecuente. En las áreas del norte, Camerún limita con los estados de Adamawa, Borno y Taraba de Nigeria, que actualmente están afectados por un brote de cólera. También existe el riesgo de una mayor propagación internacional, especialmente a Chad, que limita con Nigeria y Camerún. Por lo tanto, el riesgo a nivel nacional y regional se evalúa como alto. A nivel mundial, el riesgo se considera bajo.

## **Consejo de la OMS**

La OMS recomienda mejorar el acceso al agua potable y el saneamiento, la gestión adecuada de desechos, las prácticas de seguridad alimentaria y las prácticas higiénicas para prevenir la transmisión del cólera. Deben proporcionarse mensajes clave de comunicación de salud pública.

Se recomienda reforzar la vigilancia, especialmente a nivel comunitario. Se debe implementar una gestión de casos adecuada, incluida la mejora del acceso a la atención en las áreas afectadas por el brote para disminuir la mortalidad. Será necesario garantizar la preparación nacional para detectar y responder rápidamente al brote de cólera a fin de reducir el riesgo de propagación a nuevas áreas. Dado que el brote se está produciendo en zonas fronterizas con movimientos de población activos, la OMS alienta a los respectivos países a garantizar la cooperación y el intercambio regular de información.

La OMS no recomienda ninguna restricción en los viajes y el comercio desde y hacia Camerún según la información disponible sobre el brote actual.

Desde el comienzo del invierno, Xi'an, en la provincia de Shaanxi, noroeste de China, ha registrado una serie de casos de fiebre hemorrágica, una enfermedad epidémica natural con una alta tasa de mortalidad. Los expertos médicos dijeron que los roedores son la principal fuente de infección y pidieron a la población que no entre en pánico.

Un miembro del personal médico de la unidad de infección del Primer Hospital Afiliado de la Universidad Jiaotong de Xi'an dijo que el hospital admitió a un paciente con fiebre hemorrágica que no amenazaba la vida en los últimos días.

Debido al reciente brote de COVID-19 en Xi'an, muchos hospitales con unidades de infección dejaron de recibir pacientes temporalmente y solo atienden a pacientes infectados con COVID-19, dijo el miembro del personal.

La fiebre hemorrágica es una enfermedad infecciosa común en el norte de China. A partir de octubre de cada año, algunas áreas de Shaanxi entran en la temporada de alta incidencia de fiebre hemorrágica.

En los últimos años, el Centro Provincial de Control y Prevención de Enfermedades de Shaanxi confirmó infecciones locales en Xi'an mediante extensas investigaciones de campo y detección e identificación de anticuerpos de neutralización de laboratorio.

Los expertos dijeron que la fiebre hemorrágica con síndrome renal, también conocida como fiebre hemorrágica epidémica, es causada por un hantavirus, siendo los roedores la principal fuente de infección.

Según los datos publicados por los Centros de Control de Enfermedades de China, el número de casos de fiebre hemorrágica epidémica en China de enero a agosto de 2020 fue de 4.359, y el número de muertos fue de 21.

En 2019, hubo 9.596 casos y 44 muertes por la enfermedad en China, con una tasa de letalidad promedio de 0,4%.

Los síntomas preliminares de la fiebre hemorrágica epidémica y la gripe común son similares. Como resultado, muchos pacientes pueden pensar que es un resfrío común por error. Los expertos médicos en Xi'an instaron a los pacientes a recibir tratamiento de manera oportuna debido al inicio de la fiebre hemorrágica y su rápido progreso.

Zhou Zijun, un experto en salud pública de la Universidad de Neijing, dijo que no hay necesidad de entrar en pánico y que es poco probable que China tenga un gran brote de la enfermedad.

En ocasiones, la fiebre hemorrágica epidémica ha sido grave en China, por lo que la estrategia de respuesta médica ha madurado. Hay pruebas, medicamentos dirigidos y vacunas eficaces disponibles para la enfermedad, dijeron expertos médicos.

Además, los expertos señalaron que los principales vectores de la infección son la rata parda (*Rattus norvegicus*) y el ratón listado (*Apodemus agrarius*), que no es común en las ciudades.

La enfermedad tiene características regionales y estacionales. Las personas que viven en áreas rurales están más expuestas a los roedores. Las personas que viven en áreas urbanas tienen un riesgo mucho menor de contraer hantavirus, tienen menos necesidad de entrar en pánico y no tienen necesidad de matar las ratas mascotas de sus hijos, dijeron los expertos.

Cada año se producen dos picos: uno en primavera, de marzo a mayo, y otro en invierno, de noviembre a enero.

Los expertos dicen que la vacunación es la forma más eficaz para que las personas eviten la enfermedad. Las personas de 16 a 60 años en áreas de alta incidencia, especialmente los agricultores de 60 años y los estudiantes que han cumplido 16 años, deben tomar la vacuna de forma activa. Además, se recomienda la vacunación contra la fiebre hemorrágica para quienes planean viajar a áreas endémicas para actividades en el campo, turismo, agricultura y otras actividades, o antes de asignaciones de trabajo al aire libre a largo plazo.

La vacuna se administra en tres dosis: las dos primeras con un intervalo de 14 días y la tercera al menos seis meses después. Las dos primeras dosis son esenciales para la inmunidad básica. Si la segunda inyección no se administra a tiempo, la inmunidad contra la fiebre hemorrágica no será suficiente.

Otra medida eficaz para prevenir la fiebre hemorrágica es el control de roedores. Los expertos médicos aconsejan a las personas que eviten actividades cerca del agua, la hierba y otros lugares donde es probable que aparezcan ratas, y eviten el contacto con ratas y sus contaminantes fecales. El control de roedores y otras medidas de prevención se pueden implementar en lugares como aldeas, huertos y granjas de cría.

Los expertos también sugirieron usar pantalones largos, camisas largas y zapatos cerrados para evitar ser mordidos por ratas. Se recomienda usar una máscara para evitar la contaminación por aerosoles en áreas donde se amontonan las malezas o la paja y puede haber orina y estiércol de rata.



Países Bajos vivirá una Navidad sin normalidad alguna. Ante la grave evolución de la COVID-19 por efecto de la variante Omicron, el Gobierno neerlandés declaró el 18 de diciembre, tras una reunión de emergencia por el avance de la variante Omicron, un confinamiento estricto que entró en vigor el 19 de diciembre y se mantendrá hasta el 14 de enero: cierra toda la actividad no esencial y también colegios y universidades.

El primer ministro en funciones, Mark Rutte, anunció las medidas y lamentó que el país tenga que “volver una vez más al confinamiento; es inevitable porque la variante Omicron se extiende incluso más rápido de lo que se temía”.

Se calcula que será la variante dominante antes de fin de año.

Rutte explicó que solo permanecerán abiertas las tiendas imprescindibles como supermercados, farmacias, gasolineras y los servicios mínimos, pero todo lo demás, incluidos comercios (se podrán recoger pedidos), restaurantes, cines, teatros o gimnasios, deberán cerrar sus puertas casi un mes.

### Solo dos personas juntas por la calle

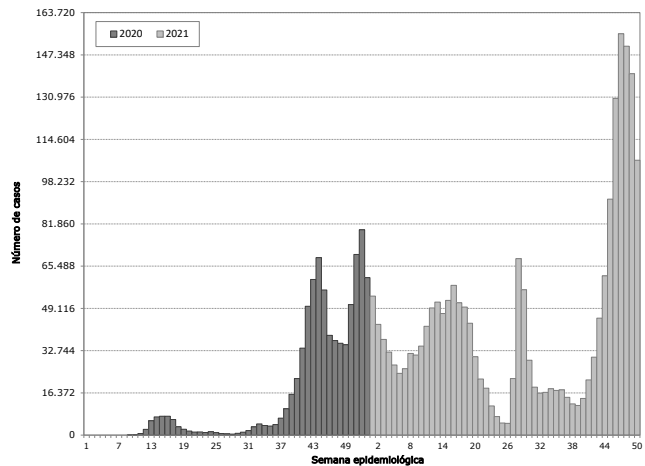
Sólo se permitirán grupos de máximo dos personas en exteriores y un límite de dos invitados por hogar al día.

Habrà una excepción de cuatro visitantes por casa durante Nochebuena, Navidad y San Esteban (26 de diciembre) y Nochevieja.

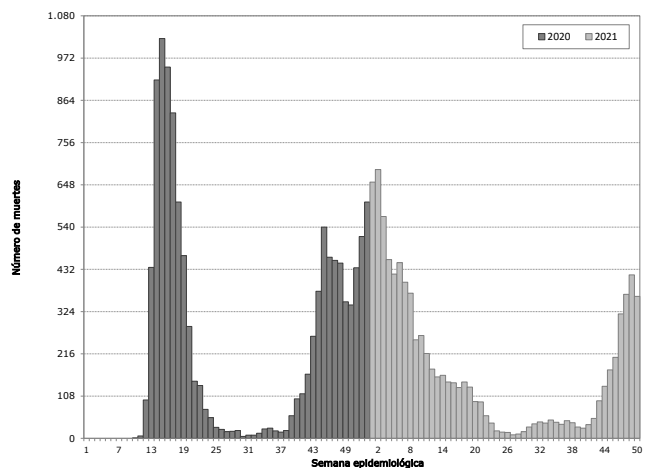
La educación y la atención extraescolar estarán cerradas hasta al menos el 9 de enero, con algunas excepciones. Los cierres afectan a las profesiones de contacto, como las peluquerías y los centros de estética, así como las ubicaciones de deportes de interior, pero podrán abrir las instalaciones deportivas al aire libre en horario limitado.

### Teletrabajo

Se prohíben los eventos y se limitan a 100 los asistentes a los funerales y mercadillos, pero quedan prohibidos los mercados navideños.



Casos confirmados de COVID-19. Países Bajos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 17 de diciembre de 2021, 17:14 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Países Bajos. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 17 de diciembre de 2021, 17:14 horas.

Aunque el gobierno neerlandés hable de “confinamiento estricto” e inste a no salir de casa, los ciudadanos podrán seguir saliendo a la calle a pasear o hacer la compra de productos básicos sin controles policiales, pero se recomienda el teletrabajo siempre que sea posible.

Rutte, que ha enfrentado fuertes críticas de los periodistas durante la rueda de prensa por los retrasos en la campaña de vacunación de refuerzo y porque hace cuatro días optó por no reforzar las restricciones que se aplicaban hasta ahora, reconoció haber “cometido errores” durante los dos años de pandemia, pero negó haber “perdido el control” de la situación.



Antes de que se anunciara oficialmente el confinamiento, los neerlandeses acudieron en masa a los supermercados y tiendas.

## El peligro de Omicron

A esta rueda de prensa, se sumó de manera inusual el virólogo Jaap van Dissel, director del Centro de Control de Enfermedades Infecciosas, que subrayó que, a pesar de la incertidumbre sobre la variante Omicron, se sabe que los anticuerpos acumulados hasta ahora no protegen de forma suficiente.

Instó a vacunarse a los que no lo hayan hecho aún, pidió al resto concertar cita para la dosis de refuerzo y recordó que todos los adultos tendrán oportunidad de recibir la vacuna a partir del 7 de enero, con el objetivo de finalizar la campaña de refuerzo en la segunda mitad de enero.

“Sabemos que las vacunas de refuerzo fortalecen el sistema inmunológico. Esto significa que la protección contra Omicron aumenta, no solo contra los contagios sino también contra la enfermedad grave”, agregó Van Dissel.

Un 84% de los mayores de 12 años tienen ya la pauta completa y se han administrado más de 1,48 millones de dosis adicionales en personas inmunodeprimidas (125.696 dosis) y de refuerzos en la población general (1,36 millones de dosis).

“Aún quedan 9,5 millones por aplicar”, dijo el ministro de Salud, Bienestar y Deportes, Hugo Mattheüs de Jonge.

Al filtrarse a primera hora la posible declaración de un confinamiento, numerosos ciudadanos acudieron en masa a zonas comerciales de todas las ciudades para hacer compras de última hora, lo que ha dejado imágenes de grandes aglomeraciones y largas colas en los accesos a los comercios.

A pesar de que el promedio diario de contagios pasó en una semana de más de 20.000 por día a menos de 15.000, los temores de los expertos están en la velocidad de propagación de Omicron y su capacidad de eludir la inmunidad existente con la vacunación, aunque no está claro si es más patógena que la variante Delta.

Según el Instituto Nacional de Salud Pública y Ambiente, se han registrado 14.742 nuevos positivos el 19 de diciembre, unos 653 menos que el día anterior, y han fallecido 50 personas con COVID-19 en un día.

Hay 2.373 pacientes con COVID-19 en los hospitales de Países Bajos, un centenar menos que ayer, y de ellos 637 están en unidades de cuidados intensivos (UCI). Al menos 19 pacientes neerlandeses se encuentran en las UCI de Alemania.

Reino Unido registró el mayor número de casos diarios de COVID-19 desde que comenzara la pandemia, con 88.376 contagios confirmados el 16 de diciembre.

La cifra diaria más alta hasta entonces era de 78.610, registrada el 15 de diciembre, y el anterior número más elevado se remontaba al pasado 8 de enero, cuando la nación se encontraba en estricta cuarentena.

El asesor médico de Inglaterra, Christopher John MacRae Whitty, ya advirtió el 15 de diciembre que los números seguirán incrementándose en las próximas semanas, con nuevos récords diarios, y que "lo peor está por venir".

"Estamos experimentando dos pandemias", dijo Whitty, quien habló frente a las cámaras junto al primer ministro, Alexander Boris de Pfeffel Johnson.

Se refirió con ello a las causadas por las dos variantes del SARS-CoV-2 detrás de la mayoría de los casos positivos en el país: la Omicron, caracterizada por un "crecimiento muy rápido", y la Delta, que sigue circulando.

"Me temo que tenemos que ser realistas en cuanto a que se seguirán batiendo récords en las siguientes semanas", agregó.

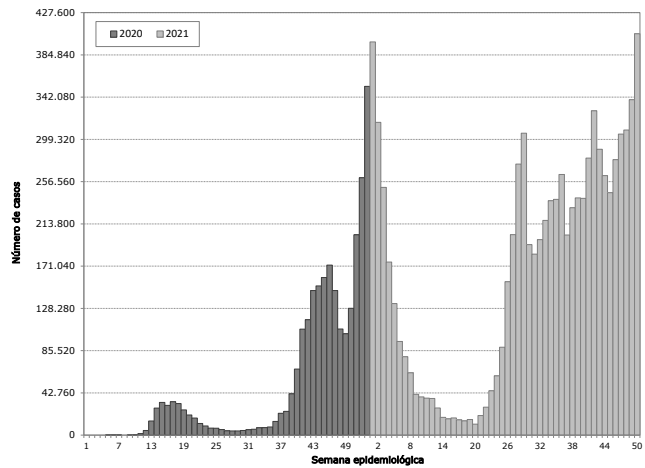
Ante ello, las autoridades han pedido a los ciudadanos ser extremadamente precavidos, sobre todo teniendo en cuenta la cercanía de las fechas navideñas.

El gobierno británico ha acelerado el plan de la vacuna de refuerzo y establecido que todos los mayores de 18 años deberían recibirla luego de que la semana pasada Johnson dijese que el país se enfrentaba a una "emergencia" por Omicron.

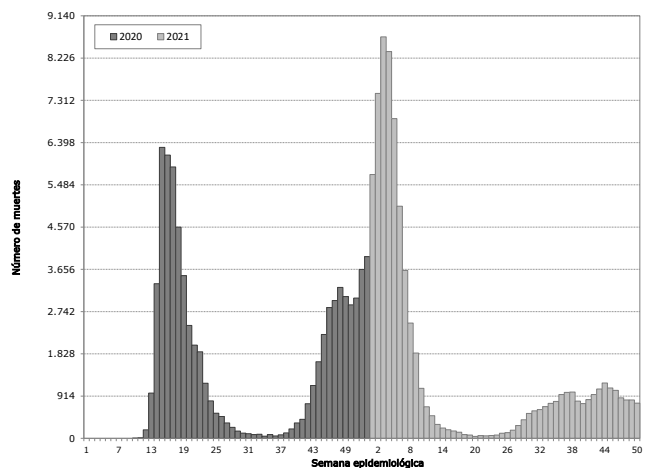
El primer ministro reiteró el 15 de diciembre que es "absolutamente vital" que todos reciban la tercera dosis.

Sobre las celebraciones de Navidad y Año Nuevo, Whitty pidió a los ciudadanos no reunirse si no es necesario.

"No necesitas un título en medicina para darte cuenta de lo que es sensato hacer con un virus increíblemente infeccioso", dijo.



Casos confirmados de COVID-19. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 16 de diciembre de 2021, 17:51 horas.



Muertes confirmadas por COVID-19. Reino Unido. Semanas epidemiológicas 1 de 2020 a 50 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud. Datos al 16 de diciembre de 2021, 17:51 horas.

Hasta el 15 de diciembre se había descartado tomar medidas más restrictivas. Y el primer ministro negó los señalamientos de algunos parlamentarios de su propio partido de que se está forzando al sector de la hostelería a un confinamiento de facto.

El uso de barbijo es obligatorio en establecimientos cerrados, así como en el transporte público; se aconseja trabajar desde casa a ser posible y algunos establecimientos están obligados a pedir a los usuarios certificado de vacunación o una prueba negativa para permitirles el acceso.



## **Dos variantes simultáneas**

Las infecciones causadas por la nueva variante Omicron están aumentando rápidamente, duplicándose cada dos o tres días.

La directora de la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido, Jennifer Margaret Harries, advirtió que Omicron es "probablemente la amenaza más importante" desde que comenzó la pandemia.

Y el director ejecutivo del Sistema Nacional de Salud (NHS) dijo que las cifras del 15 de diciembre "deberían preocuparnos a todos".

Pero a pesar del vertiginoso aumento de los casos, Omicron no es todavía la variante dominante: los últimos datos sugieren que aproximadamente una cuarta parte de los casos son positivos para Omicron; en las cifras del 15 de diciembre, 20.000 de los 79.000 registrados.

El escenario más probable es que ambas variantes sigan circulando por un tiempo, pero que Omicron eventualmente se vuelva predominante.

Las evidencias recopiladas hasta la fecha apuntan a que Omicron podría provocar una versión más leve de la enfermedad que otras variantes, con tasas de hospitalización más bajas.

Un estudio preliminar realizado en Sudáfrica apuntó a esta conclusión, especificando que el riesgo de ingreso hospitalario entre los adultos contagiados con Omicron fue 29% más bajo que en la ola pandémica inicial.

Los funcionarios de salud británicos han pedido tomar estas conclusiones con mucha cautela, ya que aún hay muchas preguntas sin respuesta sobre la nueva variante.

El principal temor de las autoridades en Reino Unido es que por el gran aumento de casos terminen colapsando los hospitales. "Me temo que habrá un número cada vez mayor de pacientes con la variante Omicron que ingresan al NHS, hospitalizados, en cuidados intensivos", dijo. "Eso empezará a hacerse evidente, en mi opinión, poco después de Navidad".

La reina Isabel II canceló el 16 de diciembre su tradicional almuerzo antes de Navidad para la familia como medida de precaución. Una fuente dijo que sentía que el evento anual podría poner en riesgo a muchas personas.

## **Más restricciones en Europa**

En un intento por frenar la propagación de la variante Omicron, Francia endureció las restricciones para todos aquellos viajeros que lleguen desde Reino Unido.

La oficina del primer ministro francés dijo que a partir del 18 de diciembre todos los no residentes tendrán que dar una razón de peso para viajar a Francia.

Asimismo, tendrán que proporcionar una prueba de COVID-19 negativa hecha como máximo en las 24 horas previas y aislarse durante al menos dos días.

Francia registró 65.713 nuevos casos el 15 de diciembre, solo 240 de ellos por Omicron.

Pero no es el único país europeo que está adoptando medidas estrictas. Dinamarca decidió adelantar el periodo de vacaciones en las escuelas primarias, que estarán cerradas hasta el 4 de enero. Y la intención es que para entonces los menores de entre 5 y 11 años estén vacunados. Países Bajos tomó una decisión similar.

Mientras, son varios los países que están aplicando la vacuna de refuerzo. Israel es el país con el mayor porcentaje de población vacunada con la tercera dosis (44%), seguido de Reino Unido (35%), Alemania (24%), Francia (20%), Italia (19%), España (19%) y Estados Unidos (16%).

Italia exigirá una prueba negativa para COVID-19 a todos los viajeros, incluyendo los vacunados, antes de ingresar al país. Puede ser una prueba de antígeno, que debe realizarse 24 horas antes de la salida, o una de reacción en cadena de la polimerasa, que debe hacerse dentro de las 48 horas previas.

Noruega cerró gimnasios y piscinas y exige a restaurantes y bares que no vendan alcohol.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informó el 26 de noviembre que consideraba a la variante Omicron, identificada por primera vez en Sudáfrica, de preocupación.





El 16 de diciembre de 2021, el Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo declaró [el fin del brote de la enfermedad por el virus del Ébola](#) (EVE) que afectó a la Zona Sanitaria de Beni, en la provincia de Nord-Kivu. La declaración se realizó de acuerdo con las [recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#), 42 días después de la segunda prueba negativa del último caso confirmado.

Entre el 8 de octubre y el 16 de diciembre, la Zona Sanitaria de Beni informó un total de 11 casos (ocho confirmados, tres probables), incluidas nueve muertes y dos supervivientes. De las nueve muertes, siete ocurrieron en la comunidad y dos ocurrieron en el Centro de Tratamiento del Ébola. La tasa general de letalidad es de 82% (9/11) entre el total de casos, y de 75% (6/8) entre los casos confirmados.

Este brote fue declarado el 8 de octubre de 2021 cuando el [caso índice](#), un niño de 3 años desarrolló síntomas que incluían debilidad física, pérdida de apetito, dolor abdominal, dificultad para respirar, heces oscuras y sangre en el vómito y luego murió el 6 de octubre.

El 7 de octubre, las muestras se analizaron mediante la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) en el laboratorio del Instituto Nacional de Investigación Biomédica (INRB) en Beni. Posteriormente se enviaron al Laboratorio Rodolphe Mérieux del INRB, en Goma, el 8 de octubre, y el mismo día se confirmó la EVE mediante RT-PCR. Este evento siguió a un clúster de tres muertes (dos niños y su padre) que eran vecinos del caso índice. Estos tres pacientes murieron el 14, 19 y 29 de septiembre después de desarrollar síntomas compatibles con la EVE, sin embargo, ninguno fue testeado para detectar el virus. La secuenciación completa del genoma del caso inicial confirmado, realizada por el INRB en la ciudad de Kinshasa, indica que este brote no fue el resultado de una nueva zoonosis de un reservorio animal, sino que estaba relacionado con una infección persistente por el virus del Ébola.

Durante el período del brote (del 8 de octubre al 16 de diciembre de 2021), tres de las 19 áreas sanitarias (16%) de la Zona Sanitaria de Beni notificaron casos confirmados: Butsili (6 casos), Bundji (1) y Ngilinga (1). Los niños menores de cinco años representaron 50% (4/8) de todos los casos confirmados. Hasta la fecha, todos los contactos completaron su período de seguimiento de 21 días y fueron dados de alta del seguimiento activo.

Además, del 8 de octubre al 13 de diciembre, se notificó un total de 21.916 alertas de nueve zonas sanitarias, incluidas 15.642 de Beni, 21.558 (98%) de las cuales fueron investigadas y 1.709 fueron validadas como casos sospechosos de EVE.

## Respuesta de salud pública

El Ministerio de Salud, junto con la OMS y otros socios, inició medidas para controlar el brote y prevenir su propagación. El Ministerio de Salud activó los comités de gestión de emergencias nacionales y distritales para coordinar la respuesta. Se desplegaron equipos multidisciplinarios sobre el terreno para buscar activamente y brindar atención a los casos; identificar, llegar y dar seguimiento a los contactos; y sensibilizar a las comunidades sobre las intervenciones de prevención y control de brotes.

Además, se tomaron las siguientes medidas de salud pública en respuesta al brote:

- Uso continuo del monitoreo de alerta para la búsqueda activa de casos en los establecimientos de salud, así como durante la vigilancia pasiva.
- Por primera vez en la historia, se administraron dosis autorizadas de la vacuna ERVEBO (4.800) en respuesta a un brote de EVE, a través del Grupo de Coordinación Internacional en el mecanismo de suministro de vacunas. La vacunación con ERVEBO se inició el 25 de noviembre y, al 14 de diciembre, alcanzó a un total de 1.193 trabajadores de primera línea.
- Las actividades de vacunación con dosis de investigación se iniciaron el 13 de octubre. Al 22 de noviembre, se vacunaron 656 personas con dosis de investigación, incluidos 98 contactos de alto riesgo, 300 contactos de contactos y 258 contactos probables; de estos 81 son trabajadores de primera línea.
- Al 14 de diciembre, se habían analizado un total de 1.827 muestras, incluidos 834 hisopados, de los que ocho fueron casos confirmados de EVE en los laboratorios de campo del INRB en Beni, Butembo, Mangina y Goma.
- Se montaron un Centro de Tratamiento del Ébola (CTE) y otros establecimientos de salud con capacidad para atender casos sospechosos. Tres pacientes vivos confirmados recibieron anticuerpos monoclonales aprobados en el CTE de Beni; dos de ellos se recuperaron desde entonces.
- Se fortalecieron las capacidades de prevención y control de infecciones (PCI) en 83 establecimientos de salud prioritarios a través de donaciones de kits de PCI, capacitación, supervisión de apoyo, evaluación y otras actividades. Se brindó apoyo adicional a otros 221 establecimientos de salud mediante donaciones de botiquines y sesiones informativas para los proveedores de servicios de salud.
- Desde la declaración del brote el 8 de octubre, y hasta el 12 de diciembre, se habilitaron un total de 14 puntos de ingreso que cribaron a 4.745.892 personas y validaron 216 alertas. Ninguno fue confirmado.
- Se llevó a cabo la capacitación y reentrenamiento del personal de salud para la detección temprana, el aislamiento y el tratamiento de casos de EVE, así como el reentrenamiento sobre entierros seguros y dignos y actividades de IPC.
- Múltiples grupos comunitarios llevaron a cabo actividades de comunicación de riesgos y sensibilización comunitaria, utilizando una amplia gama de canales de comunicación (diálogos comunitarios, radios comunitarias, redes sociales, etc.), para crear conciencia sobre la EVE durante el transcurso de este brote. Las comunidades también participaron en intervenciones de respuesta. Además, se estableció un mecanismo de retroalimentación conjunta entre ocho socios para registrar rumores, preguntas y comentarios de las comunidades. Esto ha permitido una comunicación específica y un diálogo oportuno con las comunidades.
- Se ha ofrecido apoyo psicosocial a las personas y familias afectadas, incluido el apoyo psicológico a los pacientes confirmados y sospechosos, sus familiares cercanos y los niños, según sea necesario. En las comunidades, se organizaron periódicamente sesiones psicosociales sobre diferentes aspectos de la respuesta a la EVE.
- Se estableció una célula de análisis integrado de brotes (IOA) en Beni, bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y en colaboración con los socios de la Red Global de Alerta y Respuesta a Brotes (GOARN). La célula de IOA proporcionó cinco encuestas y análisis ad hoc para res-

ponder preguntas operativas y estratégicas (lecciones aprendidas de Beni 2018-2020; riesgos de EVE en niños; evaluación del desempeño de alertas; percepción y comportamientos entre los trabajadores de la salud; comportamientos de búsqueda de salud) y contribuyó al co-desarrollo de recomendaciones estratégicas y operativas basadas en evidencia.

- La Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja apoyó a la Cruz Roja congoleña nacional en la realización de entierros dignos y seguros durante todo el brote.
- La OMS siguió apoyando al Ministerio de Salud de la República Democrática del Congo en la implementación del programa de atención a los sobrevivientes de la EVE. Las dos personas que se recuperaron tienen derecho a un seguimiento médico y psicológico de 18 meses junto con pruebas biológicas.

## **Evaluación de riesgos de la OMS**

El actual resurgimiento de la EVE significó el quinto brote en menos de tres años. El último brote se había informado en la provincia de Nord-Kivu en febrero de este año y se declaró finalizado el 3 de mayo.

Todos los casos probables y confirmados de EVE se identificaron en tres áreas sanitarias de la Zona Sanitaria de Beni, dentro de la densamente poblada ciudad de Beni. La OMS continúa monitoreando la situación y la evaluación de riesgos se actualizará a medida que haya más información disponible.

La OMS señaló que aunque el resurgimiento actual no es deseable, no es inesperado dado que la EVE es enzoótica en la República Democrática del Congo y el virus está presente en los reservorios animales de la región; significa que no se puede excluir el riesgo de reaparición por exposición a un animal huésped. Además, no es inusual que se produzcan casos esporádicos después de un brote importante. El virus del Ébola puede persistir en ciertos fluidos corporales de los supervivientes de la enfermedad. En un número limitado de casos, se han producido transmisiones secundarias como resultado de la exposición a los fluidos corporales de los supervivientes. Por lo tanto, mantener relaciones de colaboración con las asociaciones de sobrevivientes mientras se monitorea a estos es una prioridad para mitigar cualquier riesgo potencial.

La reemergencia de la EVE es un problema importante de salud pública en la República Democrática del Congo y existen lagunas en la capacidad del país para prepararse y responder a los brotes. Una confluencia de factores ambientales y socioeconómicos, incluida la pobreza, la desconfianza de la comunidad, los sistemas de salud débiles y la inestabilidad política, está acelerando la tasa de aparición de la EVE en el país.

La OMS considera que los desafíos actuales en términos de acceso y seguridad, vigilancia epidemiológica, junto con la aparición de la COVID-19, así como los brotes en curso como el cólera y el sarampión podrían poner en peligro la capacidad del país para detectar y responder rápidamente a la reaparición.

## **Consejo de la OMS**

La OMS aconseja las siguientes medidas de reducción del riesgo como una forma eficaz de reducir la transmisión de la EVE en los seres humanos:

- Reducir el riesgo de transmisión de los animales silvestres a los humanos por contacto con murciélagos frugívoros o monos/simios infectados y el consumo de su carne cruda. Los

animales deben manipularse con guantes y otra ropa protectora adecuada. Los productos de origen animal (sangre y carne) deben cocerse completamente antes de su consumo.

- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona por contacto directo o cercano con personas con síntomas de EVE, particularmente con sus fluidos corporales. Se debe usar equipo de protección personal apropiado cuando se atiende a pacientes enfermos. Es necesario lavarse las manos con regularidad después de visitar a los pacientes en el hospital, así como después de tocar o entrar en contacto con cualquier líquido corporal.
- Para reducir el riesgo de una posible transmisión por persistencia del virus en algunos fluidos corporales de los sobrevivientes, la OMS recomienda brindar atención médica, apoyo psicológico y pruebas biológicas (hasta dos pruebas negativas consecutivas) a través de un programa de atención para sobrevivientes de EVE. La OMS no recomienda el aislamiento de pacientes convalecientes masculinos o femeninos cuya sangre haya resultado negativa para el virus del Ébola.
- Continuar capacitando y reentrenando al personal de salud para la detección temprana, el aislamiento y el tratamiento de los casos de EVE, así como el reentrenamiento sobre entierros seguros y dignos y el enfoque de anillo de IPC.
- Asegurar la disponibilidad de suministros de equipo de protección personal e IPC para el manejo de pacientes enfermos y para la descontaminación.
- Llevar a cabo evaluaciones de los establecimientos de salud ("Scorecard") del cumplimiento de las medidas de PCI en la preparación para el manejo de los pacientes con EVE (esto incluye WASH, suministros de equipo de protección personal para la gestión de desechos, capacidad de clasificación/detección, etc.)
- Interactuar con las comunidades para reforzar las prácticas de entierro seguras y dignas.

Sobre la base de la evaluación de riesgos actual y la evidencia previa sobre los brotes de EVE, la OMS desaconseja cualquier restricción de los viajes y el comercio a la República Democrática del Congo.

**Afganistán**

- Esta semana no se informaron casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) ni de poliovirus circulante tipo 2 derivado de la vacuna (cVDPV2). El número total de casos de WPV1 en 2021 es de cuatro, y el de cVDPV2 se mantiene en 43.

**Benín**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021 y tres casos en 2020. Todos estos casos están relacionados con el brote de Jigawa en Nigeria.

**Burkina Faso**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021. El país se ve afectado por diferentes brotes, uno relacionado con el brote de Jigawa en Nigeria y otro con el brote de Savanes en Togo.

**Camerún**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

**Chad**

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

**Costa de Marfil**

- Esta semana se notificó un caso de cVDPV2 en Loh-Djiboua, lo que elevó a 64 el número total de casos en 2020. No se han notificado casos en 2021.

**Egipto**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron 10 muestras positivas en 2021.

**Etiopia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron nueve casos en 2021.

**Gambia**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron nueve muestras positivas en 2021.

**Ghana**

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

**Guinea**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron seis casos en 2021.
- Esta semana se notificó una muestra ambiental positiva para cVDPV2 en Conakry.

**Guinea-Bissau**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021, relacionados con el brote de Jigawa en Nigeria.

### **Kenya**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificó una muestra positiva en 2021. El virus está relacionado con el brote de Banadir en Somalia.

### **Liberia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron tres casos en 2021.

### **Madagascar**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 10 casos en 2021.

### **Mali**

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

### **Mauritania**

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron cinco muestras positivas en 2021, vinculadas al brote de Jigawa en Nigeria.

### **Níger**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron cinco casos en 2021.

### **Nigeria**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 307 casos en 2021.
- Esta semana se notificaron 12 muestras ambientales positivas para cVDPV2, en Borno, Kano, Katsina, Jigawa y Yobe. Se informaron 188 muestras positivas en 2021.

### **Pakistán**

- Esta semana no se informaron casos de WPV1 ni de cVDPV2. Se registra sólo un caso de WPV1 en 2021, y ocho de cVDPV2.

### **República Centroafricana**

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

### **República del Congo**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron dos casos en 2021.

### **República Democrática del Congo**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 11 casos en 2021.

### **Senegal**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 16 casos en 2021.
- Esta semana se notificaron dos muestras ambientales positivas para cVDPV2, en Dakar.

### **Sierra Leona**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron cinco casos en 2021.

### **Somalia**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificó un caso en 2021.

### **Sudán**

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

### **Sudán del Sur**

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron nueve casos en 2021.

## Tayikistán

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificaron 32 casos en 2021.

## Togo

- No se han notificado casos de cVDPV2 en 2021.

## Ucrania

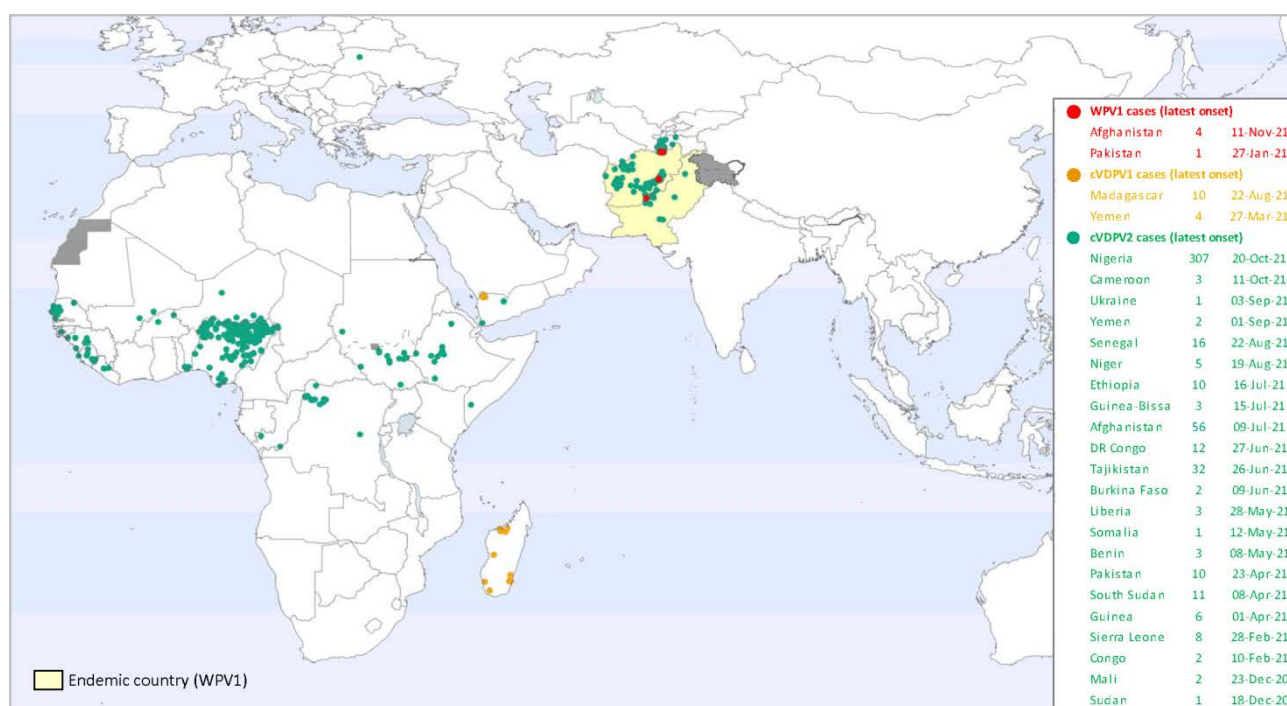
- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2. Se notificó un caso en 2021.

## Uganda

- Esta semana no se informaron muestras ambientales positivas para cVDPV2. Se notificaron dos muestras positivas en 2021, relacionadas con el brote en N'Djamena, Chad.

## Yemen

- Esta semana no se informaron casos de cVDPV2 ni de poliovirus circulante tipo 1 derivado de la vacuna (cVDPV1). En 2021 se notificaron tres casos de cVDPV1 y dos casos de cVDPV2.



Ubicación de los casos de poliovirus salvaje tipo 1 (WPV1) y de poliovirus circulante derivado de la vacuna (cVDPV) en los últimos 12 meses. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



UNA PANDEMIA ALIMENTADA POR LA  
CODICIA SEGUIRÁ MATANDO A MILLONES  
AUTORES: JOMO KWAME SUNDARAM & NAZIHAH MUHAMAD NOOR<sup>2</sup>

17/12/2021

La falta de vacunación de la mayoría de los países pobres aviva la pandemia de COVID-19. La codicia de los países ricos y los monopolios de las patentes impiden a los países del Sur en desarrollo fabricar de forma asequible los medios para protegerse.



## La amenaza mutante

El SARS-CoV-2 ha ido replicándose a medida que mutaba en diferentes variantes. Numerosas réplicas en cientos de millones de huéspedes humanos han generado muchas variantes. Algunas mutaciones son más resistentes que otras, y más capaces de superar las defensas humanas.

Los primeros datos sugieren que la variante B.1.1.529 –Omicron– es más transmisible que otras, incluida la Delta, y posiblemente más resistente a los tratamientos y vacunas existentes. Las autoridades sanitarias de todo el mundo están preocupadas porque la última mutación reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pueda desencadenar una nueva gran ola de infecciones y muertes evitables.

Los sudafricanos fueron los primeros en identificar científicamente la nueva variante, alertando inmediatamente a las autoridades sanitarias mundiales. En lugar de agradecer su rápida actuación, las naciones del sur de África están siendo castigadas con restricciones de viaje en los países del Norte.

De hecho, las autoridades sanitarias de los Países Bajos reconocieron que Omicron ya estaba en Europa Occidental antes de los primeros casos sudafricanos. Las respuestas punitivas, como la prohibición de viajar, pueden disuadir a otros gobiernos de actuar y notificar rápidamente, algo tan esencial para una cooperación internacional eficaz.

## Promesas, promesas, promesas

Con las enormes desigualdades en la vacunación, especialmente entre los países de renta alta y los de renta baja, el virus ha podido seguir replicándose, mutando, infectando y matando, especialmente a los menos protegidos.

<sup>2</sup> Jomo Kwame Sundaram es un antiguo profesor de economía y ex secretario general adjunto de la Organización de Naciones Unidas para el Desarrollo Económico.

Nazihah Muhamad Noor es investigadora de políticas de salud pública, especializada en salud global.



Los países más ricos han tomado más de la mitad de los primeros 7.500 millones de dosis de vacunas. Los países ricos han comprado hasta cinco veces las necesidades de su población. Diez países de ingresos altos tendrán al concluir el año más de 870 millones de dosis sobrantes.

Aunque algunos países de renta alta se han visto obligados a prometer dosis de vacunas a los países de renta baja y media, la entrega ha sido muy inferior a sus modestas promesas. A finales de octubre, solo se había entregado una décima parte de los más de 1.300 millones de dosis de vacunas prometidas.

La mayoría de los países ricos han ignorado los llamamientos de la OMS para suspender los refuerzos hasta que el resto del mundo esté vacunado. El ex primer ministro británico James Gordon Brown señaló que por cada vacuna que llega a los países de renta baja, hay seis veces más refuerzos en las naciones ricas.

En una cumbre en septiembre, promovida por el presidente de Estados Unidos, Joseph Robinette Biden Jr., se fijó como objetivo para fines de 2021 la vacunación de 40% de los 92 países más pobres del mundo, pero es improbable que al menos en 82 se cumpla este objetivo.

Como observó Brown, aunque Estados Unidos aporta la mitad de las vacunas donadas, solo ha entregado una cuarta parte de las dosis comprometidas. La mayoría de los demás países ricos han entregado menos de una quinta parte. Solo China y Nueva Zelanda han dado más de la mitad de lo prometido.

## **Víctimas del apartheid**

Con el acaparamiento de vacunas por parte de los países de renta alta, menos de 3% de la población de los países de renta baja está totalmente vacunada. A fines de noviembre, solo 5,8% de los países de renta baja tenía al menos una dosis de vacuna, en comparación con 54% del promedio mundial.

La mayoría de los países de renta baja ni siquiera reservan a través del Fondo de Acceso Global para Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), el mecanismo público-privado mundial de distribución de vacunas, ya que no pueden permitirse pagarlas. Además, el programa fracasó desde su creación en lograr la cantidad de vacunas necesarias.

Se suponía que COVAX debía suministrar 2.000 millones de dosis para fines de 2021, pero en realidad se entregaron menos de 576 millones en noviembre. Además, el llamamiento de la OMS a los países del Grupo de los 20 (G20) de potencias industriales y emergentes para que dieran prioridad a COVAX fue desatendido en gran medida.

Como los países de renta baja no pueden vacunar a su población, la pandemia se prolongará durante años. La OMS espera ahora alrededor de 200 millones de infecciones más este mismo año, desde el 21 de octubre, y se espera que el total de muertes se duplique con respecto a los cinco millones que se han producido hasta la fecha.

No es de extrañar que las peores víctimas del apartheid de las vacunas sean los países de renta baja.

## **Los beneficios bloquean el progreso**

Se esperaba que la Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que debió realizarse del 30 de noviembre al 3 de diciembre, decidiera sobre la propuesta de exención. Pero al suspenderse la reunión, aparentemente por la irrupción de la Omicron, la resolución quedó pendiente.

Propuesto por primera vez en octubre de 2020, ahora cuenta con el apoyo de más de un centenar de los 164 Estados miembros de la OMC. La propuesta de exención temporal de las patentes, copatrocinada por 63 países, permitiría a otros fabricar de forma más asequible los medios para luchar contra la pandemia, sin temor a los litigios de propiedad intelectual.

Pero más de 14 meses después, la propuesta sigue bloqueada. Los países del bloque de la Unión Europea siguen oponiéndose a la solicitud de exención para suspender temporalmente los derechos de propiedad intelectual que protegen los monopolios empresariales sobre las tecnologías y los productos médicos necesarios mientras dure la pandemia de COVID-19.

En tanto la pandemia infecta y mata cada vez más en los países pobres, se está engañando al público sobre la propuesta de exención. Se afirma deshonestamente que no se pueden desarrollar nuevas vacunas sin protección de patentes. Y lo que es peor, se dice falsamente que todos los países en desarrollo carecen de conocimientos técnicos para fabricar vacunas.

### **Beneficios versus personas**

Los países de renta baja han recibido menos de 1% de todas las vacunas de Pfizer-BioNTech y 0,2% de las de Moderna.

El laboratorio estadounidense Pfizer espera haber vendido 3.000 millones de dosis al finalizar el año, y 4.000 millones más en 2022. Dado que la COVID-19 es ahora un mal endémico, el director general de Pfizer, Alberto Bourla, espera vender refuerzos durante años, mientras que Moderna, otro laboratorio estadounidense, ha anunciado recientemente un refuerzo específico para la variante Omicron.

Utilizando los reportes de resultados de las propias empresas, la People's Vaccine Alliance estimó que los fabricantes de vacunas de ARNm de Pfizer-BioNTech y Moderna obtendrán este año unos beneficios brutos de 34.000 millones de dólares.

Maximizar los beneficios bloqueando la exención supone prolongar la pandemia. En lugar de vacunar a los que aún no se han vacunado por primera vez, ganan mucho más vendiendo vacunas de refuerzo a los países de altos ingresos.

A pesar de obtener más de 8.000 millones de dólares de financiación pública, los tres laboratorios se han negado a transferir la tecnología de las vacunas a los países en desarrollo. En cambio, Bourla, de Pfizer, desestimó la transferencia de tecnología a los países en desarrollo como una "peligrosa tontería".

### **Catástrofe rentable**

El principal obstáculo para vacunar al mundo son los beneficios. Está claro que el peligro de la variante Omicron se debe a que el mundo no ha vacunado a miles de millones de personas vulnerables en los países en desarrollo. Esta catástrofe se ha visto agravada por la continua oposición europea a su esfuerzo por suspender los monopolios de propiedad intelectual.

Los 12.000 millones de vacunas fabricadas en 2021 podrían haber vacunado a todo el mundo, pero es evidente que no lo hicieron. La variante Omicron se debe claramente a la capacidad de las corporaciones para sacar provecho de la pandemia, negarse a compartir el conocimiento, e intimidar a los gobiernos con contratos injustos y usureros.

## Arte y pandemia



El mural *Savage Journey* se exhibe en una pared en el Distrito de las Artes del centro de la ciudad de Las Vegas, Nevada, el 28 de septiembre de 2020. El mural del artista británico Izaak Zevalking, también conocido como Recycled Propaganda, con la frase "Miedo a la COVID en Las Vegas" (*Fear of COVID in Las Vegas*), está inspirado en la película "Pánico y locura en Las Vegas" (*Fear and Loathing in Las Vegas*), adaptada de la novela de Hunter S. Thompson.

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.