

Oscar Cingolani, científico de la Universidad Johns Hopkins: “Una distribución desigual de las vacunas es peligrosa para la humanidad”

Infobae estrena una nueva edición de Pensar América en tiempos de pandemia con grandes reportajes a expertos para que nos ayuden a comprender desde miradas y abordajes múltiples este fenómeno global que no es solo epidemiológico. ¿Qué está haciendo la ciencia hoy para derrotar al COVID-19? El mundo de la pospandemia y la cuestión geopolítica alrededor de las vacunas. Hoy, Oscar Cingolani, desde el Hospital Johns Hopkins, Baltimore, Estados Unidos

Por [Daniela Blanco](#)

Videoconferencia

13 de Febrero de 2021

dablanco@infobae.com

Es increíble que el debate alrededor de la producción global de vacunas contra el COVID-19 que comenzó de una forma mancomunada y puertas adentro de los laboratorios haya escalado, en poco tiempo, hasta convertirse en el nuevo orden de la geopolítica. Una pandemia mundial que no cesa lo explica todo.

Es así que la producción y el proceso logístico que conlleva la vacunación se convirtieron en el eje del debate internacional y en la nueva unidad de medida de la compleja y desigual relación de fuerzas entre los países ricos y los pobres y/o emergentes. Por eso mismo, a nadie se le ocurre poner blanco sobre negro los principales debates alrededor de la pandemia causada por el virus

SARS-COV2 - sin confrontar esas ideas con expertos que la estudiaron desde el primer día. Y mucho menos, cerca de cumplirse el primer año, cuando el 11 de marzo de 2020 -oficial y tardíamente- la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaraba una pandemia global por el nuevo coronavirus.

Una de esas mentes brillantes que nunca le perdieron pisada a la evolución de la peste, causante de la todavía temible enfermedad COVID-19, es el cardiólogo argentino, Oscar Cingolani. Radicado en Estados Unidos, y profesor de Medicina y director del Centro de Hipertensión Arterial y de la Unidad de Cuidados Críticos (UCC) Cardiovasculares del Hospital Johns Hopkins, uno de los hospitales universitarios más reconocidos del mundo y que ocupó un rol protagónico durante este tiempo. **En diálogo exclusivo, Cingolani atendió por videoconferencia a Infobae desde su casa en Maryland, en una charla distendida y profunda sobre los principales temas alrededor de la gran pandemia del siglo XXI.**

(Shutterstock)

— **Doctor Cingolani, pasó más de un año desde la aparición- en la lejana ciudad china de *Wuhan*- y del posterior estallido de un virus desconocido al que después se le encontró su familia de origen: los coronavirus y se lo llamó nuevo coronavirus SARS-COV-2 ¿Cómo analiza el hecho de que esta conversación y luego la carrera de las vacunas arrancó en el ámbito científico y hoy tomó un sesgo geopolítico? ¿Cómo analiza la transferencia de este debate y cómo lo pone en perspectiva?**

—**Oscar Cingolani: Es muy interesante porque siempre fui partidario de mantener a la política fuera de la ciencia, pero la ciencia es parte de la vida y la vida depende de la política.** Hemos tenido la suerte de haber podido descifrar el código genético del virus y llegar a través de los mecanismos correspondientes a tener cinco vacunas que ya han terminado la Fase III, y muchas más que pronto lo habrán logrado. Por otro lado, no hemos avanzado mucho en los tratamientos médicos.

La brecha política en la cual cayeron algunas vacunas hace unos meses, ahora gozan de un período de certeza, al estar publicados los resultados en revistas respetadas a nivel mundial. **Saber que la vacuna tiene un impacto inexorable es la esperanza más fuerte que tenemos para vencer la pandemia, puesto que**

no hay medicamentos que sean la panacea para este virus. Esa esperanza nos permite ignorar la grieta política y basarnos en los datos científicos. El ejemplo más claro fue la reciente publicación de los resultados interinos de la Fase III de la vacuna de Gamaleya -la vacuna rusa Sputnik V- y estoy muy contento que esto haya ocurrido porque hace meses que lo venía pidiendo, porque veía que la vacuna estaba entrando en una grieta política a nivel mundial. Una vez que se presentaron los datos, y que fueron revisados por colegas, dieron mayor seguridad y confianza para que los médicos podamos recomendarla como otra vacuna más en el grupo de las disponibles. **Hubo transparencia y no solo comunicados de prensa.**

— En la lista de vacunas disponibles que están aplicándose a distintos grupos sociales alrededor del globo (N. de la R: *Pfizer, Moderna, Sputnik V-Gamaleya, Oxford-AstraZeneca*) la semana pasada se sumó la noticia de que *Johnson&Johnson-Janssen* pidió a la FDA la aprobación bajo uso de emergencia de su vacuna de 1 dosis. Vienen más rezagadas las vacunas chinas (*Sinopharm, Cansino Biologics y Coronavac*). En esta lista tenemos diferentes tecnologías, ARN mensajero, adenovirus, virus inactivado. Científicamente cuál es su mirada frente a este listado de vacunas, ¿Hay alguna de su preferencia?

— Todas estas vacunas de las cuales estamos hablando son vacunas no tan tradicionales, son vacunas que utilizan un vector para llevar un mensaje genético para producir esta *proteína S* o espícula que normalmente tiene el SARS-CoV-2 y que al sintetizar nuestras células a esa proteína S se genera una reacción inmune, defendiéndonos. Los distintos vectores que se usan pueden ser cápsulas lipídicas en el caso de las vacunas de ARN mensajero, o adenovirus como en el caso de la Oxford, de la vacuna de Gamaleya, o de la vacuna de Johnson & Johnson. **El resultado final es en teoría similar, que es la producción por parte de nuestras células de esa proteína S que despierta una reacción inmune. Así que, en primer lugar, no me sorprende que todas sean altamente eficaces.**

Personalmente, a mí me gusta el concepto de las vacunas que usan la plataforma de ARN mensajero, ya que permiten una producción importante de defensas, y es mas fácil producirlas y hacerlo a gran escala, algo muy importante en estos momentos. El concepto de que un ARN mensajero entre

a la célula, sin siquiera entrar al núcleo y que produzca gran cantidad de proteína S utilizando nuestra maquinaria celular, y desaparezca sin dejar rastro, es sumamente atractivo.

Las otras vacunas de adenovirus también mostraron ser efectivas. Había muchas dudas al principio con algunas vacunas, sobre todo con el componente adenoviral 5, (presente en la vacuna rusa y también en una de las chinas, *CanSino Biologics*) porque muchos de nosotros ya tenemos anticuerpos contra ese adenovirus porque es un virus del resfrío común. Esto genera temor a que esos anticuerpos que gran porcentaje de la población ya tiene presentes de antemano en su cuerpo ataquen al virus antes de que llegue la vacuna, y por ende esta pierda su eficacia. Por suerte, los estudios clínicos, mostraron que pese a esto, la respuesta inmunológica generada fue robusta. No es que hubo miedo de que estas vacunas provoquen un efecto adverso, sino de que la vacuna no sea tan efectiva por eso.

Con la vacuna de *J&J-Janssen* lo que estamos viendo es que solo dio una dosis de adenovirus 26. El adenovirus 26 es también un virus del resfrío común, pero tal vez sea menos frecuente que el adenovirus 5 en la población general. Hago un paréntesis aquí, y aclaro que esos adenovirus son atenuados. Están vivos, entran a la célula, pero una vez que entran no se pueden reproducir y por ende no generan enfermedad. Con lo cual podemos estar tranquilos de que no vamos a tener una infección por esos adenovirus. Lo que sí logran esos adenovirus es llevar adentro del organismo (como si fuese un caballo de Troya) el mensaje genético para que nuestras células produzcan esa proteína S. Al saber que cierto porcentaje de la población ya tiene anticuerpos contra estos virus del resfrío (5 y 26) queríamos ver los resultados publicados, ya que es la única forma de tener certeza sobre la efectividad.

Las vacunas ARNm de *Moderna* y *Pfizer* invirtieron muchísimo dinero de entrada en la investigación contra el virus SARS-COV-2 -como también lo hicieron otras compañías biotecnológicas y laboratorios- y en parte eso explica que el costo de sus hallazgos resultó más elevado. Después en estudios de Fase I y II en tiempo record, se reclutaron muchísimos voluntarios en menos de un año, Y pudieron publicar resultados y hacerlos accesibles online y en revistas especializadas de las tres Fases de los ensayos clínicos (I, II y III) . Y también establecer con cada paciente qué efecto adverso tuvo, una **completa**

transparencia. Y eso era lo que nosotros estábamos pidiendo, y por suerte vemos que cada vez más vacunas se suman a esta modalidad.

El caso de *Oxford-AstraZeneca* será distinto: tardará más tiempo en tener la aprobación en Estados Unidos de la FDA. El binomio científico *Oxford-AstraZeneca* planteó un cambio en las dosis. Y Estados Unidos que siempre fue muy riguroso le pide resultados de un nuevo *trial* en suelo norteamericano con un comité independiente. La transparencia y la publicación de evidencia genera a largo plazo confianza en la población. ¿Por qué? Porque como no me canso de repetir la vacuna no salva vidas, es la vacunación lo que salva vidas.

Si nosotros tenemos una vacuna que se le va a dar solamente el dueño que la vende y a cuatro o cinco presidentes no vamos a lograr nada. Necesitamos que el 80% de la población se vacune. Y para eso hace falta transparencia, la cual a su vez generará confianza global.

—Hace unos meses leí una frase que sintetizaba esta idea: el nuevo coronavirus se parece más al sarampión que a la gripe, en el sentido de que a medida que existen nuevos brotes y nuevas cepas se necesitará cada vez más piso de inmunidad ¿Qué opina al respecto, con un 70% de la población global inmunizada estamos bien o se necesitará más del 90% ? ¿Cómo se puede lograr esa epopeya?

— Definitivamente el virus está mutando. Y está mutando a una velocidad mayor de lo que lo hacía antes, y algunas de esas mutaciones hacen que se transmita más. Al transmitirse más y al no ser todas las vacunas efectivas en prevenir la transmisión, sino en prevenir la enfermedad de cada individuo que la recibe, para prevenir y cortar la pandemia vamos a necesitar a más del 80% de la población vacunada, lo cual es muchísimo.

Entonces al no lograr que el mundo tenga un 80% de vacunados -es casi imposible pensar que el 80% del mundo se va a vacunar, y rápido- vamos a tener una persistencia de este virus, con picos estacionales, tal vez, o brotes que se van a ver. Con lo cual seguramente vamos a tener que requerir un refuerzo de las vacunas; y serán vacunas modificadas de acuerdo a las cepas emergentes.

Hoy por hoy sabemos que la inmunidad hasta ahora parece durar entre 6 y 9 meses, prácticamente un año después de vacunado, porque también se sabe que hay inmunidad celular, lo que se llama inmunidad de memoria, que más allá de los anticuerpos, se cree que esa inmunidad es mucho más duradera. Así que al crear esa inmunidad celular, tal vez hasta podamos hacer una vacunación bianual en lugar de anual. Pero eso lo vamos a ir aprendiendo a medida que veamos las cepas emergentes.

Por eso, en lo que estamos haciendo énfasis últimamente es en tratar de tener la mayor cantidad de vacunas disponibles para todo el mundo, porque cuanto antes vacunemos a la mayor cantidad de gente menos mutaciones va a hacer el virus. El virus para mutar necesita contagiarse, reproducirse. Si cortamos el contagio le damos menos chances a que mute y a que existan cepas resistentes.

— Resulta difícil establecer un patrón del enfermo COVID-19, pareciera que en los pacientes añosos se ve una enfermedad; y en los jóvenes se desarrolla de otra manera ¿Cree en la idea de que hay tantos COVID-19 como infectados?

— No sé si hay tantos COVID como infectados, pero sí diría de que hay mucha cantidad de patrones de infección. Y eso depende de distintas variables: primero, de la variante con la cual se contagió el huésped; de ahí obtenemos la respuesta inmune que puede ser más ó menos eficaz de acuerdo a la variante. Segundo, de la inmunidad congénita que tiene cada huésped, y en esto hay variedad individual (algunos tienen “mejor” inmunidad que otros). Tercero, y muy importante, con la cantidad de virus con la cual se infectó. Hoy por hoy no cabe ninguna duda, que la mayor carga viral acarrea un peor pronóstico, de ahí la insistencia en las medidas de distanciamiento social y uso correcto de barbijo, ya que sabemos que el virus se transmite principalmente por vía aérea.

Si yo estoy hablando con alguien infectado que grita, y que larga micropartículas y está muy cerca mío por mucho tiempo yo me voy a contagiar con mucha carga viral, y tengo mayores chances de que me vaya peor, y que despierte una tormenta en los pulmones de inflamación y de

citoquinas mucho mayor que otra persona. Por eso hacemos hincapié con el uso de la máscara.

Hay mucha gente que me dice pero cómo, si yo usé máscara, me cansé de usarla, igual me contagié. Bueno, primero por ahí bastan cinco minutos de no usarla para contagiarse. Y segundo, el usar máscara no previene 100% el contagio, pero sí previene 100% si la usa correctamente que uno se enferme gravemente. Sobre todo si la otra persona usa máscara. **Si dos personas cercanas usan máscara las chances de tener una enfermedad grave son casi cero, porque la carga viral es menor y uno la pasa mejor.**

— **Hubo sociedades que acompañaron con disciplina la aplicación de los cuidados sociales que exige la pandemia y hubo otras que no. A partir del “desorden” de muchos países, ¿considera al comportamiento social con los cuidados de salud e higiene como la herramienta central del 2021 para acompañar la estrategia epidemiológica de las vacunas contra el COVID-19 ?**

— **Sí, es algo primordial. Lo que tenemos que tener claro es que los países con mayores recursos van a salir primero de la pandemia. Porque van a poder tener acceso a las vacunas y podrán vacunarse masivamente. Y a partir de ahí ya tenemos que empezar a pensar, sobre todo aquellas potencias con recursos, de que no vamos a salir de la pandemia si no tratamos a los países emergentes.**

Con lo cual es muy importante que tengamos suerte con las otras treinta vacunas que hay en Fase III, y que se ayude a través de COVAX (*N. de la R.: el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 -COVAX, por sus siglas en inglés- es una iniciativa público-privada para promover el acceso a las vacunas contra el coronavirus de manera equitativa en el mundo*) y de otros mecanismos internacionales a proveer a los países más necesitados las dosis necesarias de vacunas. **Los países del mundo que mejor gestionaron la pandemia fueron las sociedades que comprendieron que cuidarse es una cuestión colectiva y no individual.**

— **¿Puede un Estado obligar a una sociedad a vacunarse para protegerla? Actualmente asistimos a un cuello de botella en la producción de las**

vacunas, ante un escenario de escasez, podemos considerar vacunar con una sola dosis o combinar inmunizaciones de dos laboratorios diferentes con el objetivo de llegar al mayor número de personas?

— **Sí, se pueden llegar a combinar las vacunas en la lógica fundamental de vacunar al mayor número de personas. Es un tema importante la combinación de vacunas.** Inglaterra ya está probando combinar la vacuna de *AstraZeneca* con la de *Pfizer*. **Uno combina y ya une dos fuerzas con lo cual duplica la cantidad de dosis. Otro tema importante, y esto es reciente, es que hay ciertos datos, de AstraZeneca también, que con una sola dosis, puede llegar al 70% de efectividad separada cada tres meses.** Con lo cual eso es importante, porque si bien no es perfecto, no es 90 y pico por ciento, acceder al 70% es algo muy bueno. Es mucho. **La vacuna antigripal tiene entre un 50 y un 60% de eficacia, y con esos márgenes de eficacia la hemos superado.**

No vamos a salir de la pandemia salvándonos cada uno por separado. Y para ello hacen falta buenos políticos, hacen falta buenos líderes que primero transmitan a su población tranquilidad y una hoja de ruta clara. Y además líderes que no se confronten internacionalmente con otros líderes porque de esto tenemos que salir todos unidos.

- ¿Cómo hacer para al menos “bajar el volumen” al movimiento antivacunas -presente en todo el globo- y evitar que dañe o esmerile el valor social que hoy tiene el acto de vacunación y que debe ser muy protegido?

— **Es cierto, pero es muy importante no confrontar.** Cuando yo tengo un paciente en el consultorio y le tengo que dar una mala noticia, por ejemplo que la única salida es hacer un tratamiento invasivo agresivo, el paciente automáticamente lo rechaza. Y si yo me pongo exigente, el paciente lo va a rechazar más. Lo que yo tengo que hacer es tratar de ponerme de su lado, entenderlo y convencerlo con datos y con información transparente que le ayude a ver que el remedio es mejor que la enfermedad.

A nadie le gusta darse algo inyectable que va a generar una respuesta inmune, que no conocemos del todo, pero que sí sabemos bastante. Sabemos que los principales efectos adversos de las vacunas ocurren durante el primer mes o

durante los primeros dos meses; y por eso hemos esperado ese tiempo para aprobar las vacunas. **Por lo cual hay que desterrar ideas de que las vacunas modifican el genoma humano, o de que producen cáncer a largo plazo.**

El cáncer ya está entre nosotros instalado y no está producido por las vacunas. Las vacunas han logrado erradicar la poliomielitis, han logrado erradicar la viruela. Han evitado la muerte anual por gripe, por sarampión, por paperas. Entonces creo que es muy buena la frase, bajar el volumen. Simplemente sintonía con frecuencia modulada pero con bajo volumen.

El doctor Cingolani ya completó su segunda dosis de la vacuna de Pfizer. Aquí el día de la segunda aplicación, en los pasillos del hospital Johns Hopkins

— **Sobre las terapéuticas que hasta hoy han demostrado baja evidencia contra el COVID-19 (N. de la R: algunas de las que están en carrera: dexametasona, plasma de convalecientes, anticuerpos monoclonales, suero equino hiperinmune, ibuprofeno inhalado, ivermectina, entre otros)**
¿Coincide con que el aporte de los tratamientos hasta ahora solo lograron reducir muerte, y/o evitar el empeoramiento en la internación?

— **Coincido con que algunos han logrado reducir la muerte y otros solamente han logrado reducir el tiempo de internación. Y hay algunos que todavía no se sabe bien qué hacen. Hace pocos días estaba hablando con el jefe de infectología del Hospital Johns Hopkins; él había pasado la pandemia del HIV en los '80 y en los '90 cuando empezaron a diseñar drogas; y veían que las drogas que pensaban inicialmente que eran efectivas, lo único que generaban era resistencia al virus. Generaban mutación. Y ese es el riesgo de apresurarse con las drogas, como por ejemplo con la ivermectina, que hace poco salió un estudio diciendo que servía y ahora salió otro meta análisis que no. Entonces todavía no lo sabemos porque no se hicieron estudios correctos, randomizados y prospectivos.**

Yo no digo que esas drogas no sirvan, tal vez sirven. Lo que digo es que si todo el mundo masivamente empieza a tomar una droga simplemente porque es segura podemos encontrarnos con que esa droga lo único que hizo fue herir parcialmente al virus, hacerlo que mute y que genere cepas más resistentes.

Por eso hay que ser muy, muy cuidadosos cuando se llega a las terapéuticas. Hasta ahora sabemos que ninguna de las terapéuticas ha sido la panacea, simplemente lograron reducir el tiempo de internación. Algunas han logrado reducir la mortalidad, como la dexametasona en un 30%. El plasma dado precozmente también. Ahora nos enteramos de que la cepa sudafricana posiblemente no sea tratada con el plasma y pueda generar resistencia al plasma. Entonces esto va a ser algo que se va a ir moviendo con el tiempo. Pero no me sorprende porque tradicionalmente conseguir un tratamiento para los virus es algo muy, muy complejo, y por eso se insiste en las vacunas.

— Para cerrar doctor Cingolani, voy con una pregunta humanístico-filosófica, ¿qué es la pospandemia para un científico de su nivel? Usted como tantos otros quedarán atravesados por esta pandemia en lo personal y en lo profesional ¿Cómo seguirá la vida luego de la primer gran pandemia del siglo XXI?

— Será complicada la vida de la pospandemia, habrá muchas consecuencias de todo tipo, pero no será imposible de reparar. Sobre todo porque creo que la gran vara para sopesar tanto dolor, encierro y muerte es la esperanza de un tiempo mejor. La definición de esperanza es más que elocuente: esa dimensión dentro de nosotros que insiste en que alguna cosa mejor nos espera si tenemos el coraje de luchar por ella. Claro que veremos pacientes con enfermedades crónicas que antes no conocíamos, veremos pacientes deprimidos porque se quedaron sin trabajo, veremos países y sistemas de salud golpeados; pero la fuerza resiliente del ser humano terminará siendo más fuerte.

Como brote verde de esa esperanza, y como en un cuento medieval pareciera que en este nuevo orden mundial emerge una nueva casta: los vacunados, esos privilegiados que tienen acceso a la inmunización. Y que no son privilegiados por izquierda o por corruptos; sino por derecho adquirido. Por integrar las distintas franjas sociales que deben recibir la vacuna antes que el resto. Que la peste pase pronto es el deseo vital de cualquier mortal y el de una mente brillante como la de Cingolani también.