

Experiencias en COVID-19: ¿Qué aprendimos y qué quedó?



Dr. Agustín Ciapponi



Cochrane
Argentina



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLÍNICA Y SANITARIA

Congreso de Políticas Públicas Basadas en Evidencias
XXI Reunión Anual de la Red Cochrane Iberoamericana
República Dominicana, 9-11 de septiembre 2025



Declaro no tener conflicto de intereses

Impacto de la pandemia

- ✓ El **exceso de muertes** a nivel global se estimó entre **15 y 18 millones** durante **2020-2021** sumando tanto muertes directas como por causas colaterales. [OMS](#), [Nature](#)
- ✓ En **2022** superó el promedio en la mayoría de países [OECD](#)
- ✓ En **2023–2025** el exceso **se redujo** de forma marcada pero **sigue con** en **olas estacionales** ([OMS](#): Fin de la emergencia internacional 5-may-2023) y **post-COVID**.
- ✓ Detuvo una década de constantes avances en **esperanza de vida** a nivel mundial. [OMS](#)
- ✓ OMS estima **+25%** de ansiedad/depresión en el primer año
- ✓ **Recesión global 2020** (−3 % PIB)



Lo que quedó



- ✓ La pandemia COVID-19 disparó las inversiones en **investigación y desarrollo**.
- ✓ **Corticosteroides** (dexametasona 6 mg/día) ↓ mortalidad en hospitalizados con soporte de O₂/VM.
- ✓ **Tocilizumab** (en ↓O₂ + inflamación) ↓ mortalidad y estancia.
- ✓ **Baricitinib** (\pm remdesivir) ↓ mortalidad y tiempo de recuperación y en cuadros graves.
- ✓ Antivirales orales (**nirmatrelvir/ritonavir**): gran beneficio en no vacunado de alto riesgo (< en vacunados de menor riesgo).
- ✓ **Platform trials** ECAs que usan un “**protocolo maestro**” único para evaluar **varios tratamientos** (y agregar o retirar brazos) **de forma continua y adaptativa**, en general con = **grupo control**.
Ej: RECOVERY, WHO SOLIDARITY

Safe in
Pregnancy

Safe in
Children

Living Systematic Review ▾

Resources

Steering Committee

STAG

Development team

⦿ Safe in Pregnancy and Children

**Up-to-date evidence-based
information on emerging
vaccines in pregnancy and
childhood**



COVID 19

Chikungunya

Mpox

Lassa Fever

Disease X

✓ **Mascarillas, distancia, reducción de contactos y restricciones** sí mitigaron transmisión y mortalidad (efecto dependiente de contexto y momento).



✓ **Ventilación/filtración** pasó a ser pilar para patógenos aéreos; guías actualizadas en 2023–2025 y redefinición de “transmisión por aire” por OMS.



✓ **Vigilancia** genómica, clínica y de aguas residuales



- ✓ Desarrollo de vacunas COVID-19 en un tiempo récord (7 años -> 10 meses) incluyendo pruebas clínicas, aprobación reglamentaria y comercialización.



- ✓ La experiencia adquirida con vacunas y medicamentos contra COVID-19, se está aplicando a otras enfermedades (RSV, CHICK, cáncer, VIH, etc) y aumentará la capacidad de respuesta ante nuevas pandemias.
- ✓ **COVAX** entregó ~**2.000 millones** de dosis a 146 países [OMS-COVAX](#)
- ✓ Durante el 1^{er} año de inmunización, se salvaron 14,4 millones de vidas, según una estimación en base al EM 185 países.

Global impact of the first year of COVID-19 vaccination:
a mathematical modelling study

Oliver J Watson, Gregory Barnsley*, Jaspreet Toor, Alexandra B Hogan, Peter Winskill, Azra C Ghani*



Precios

- 👉 A pesar de recibir grandes sumas a través de subvenciones financiadas con fondos públicos y APA y ganancias sustanciales Pfizer/BioNTech y Moderna aumentaron el precio de sus vacunas 56 % y 73 %, respectivamente, entre 2020 y 2022.
- 👉 Las empresas favorecieron acuerdos con países de altos ingresos, a precios más altos y éstos, a su vez, expulsaron a los países de bajos ingresos, haciendo tratos con todos los productores de vacunas y reclamando más vacunas de las que necesitaban => **INEQUIDAD**
- ✓ **COVAX** entregó **2.000 millones** de dosis a 146 economías y **evitó 2,7 M** de muertes en países AMC (LMICs elegibles para ese apoyo financiero)





- ✓ **Acuerdo de Pandemia (WHA78.1):** instrumento internacional que reconoce la necesidad de que los gobiernos impongan condiciones a la financiación pública de la **I + D** médicos adoptado **20-may-2025**.
- ✓ Pendiente firmar el anexo **“Pathogen Access and Benefit-Sharing” (PABS):** sistema **multilateral, seguro, transparente y responsable** para acceso y reparto de beneficios (fabricantes garantizan **“rápid tiempo para la OMS en emergencia o acceso”** a un **20 %** de su producción en pandémica)

Cambió el sistema de salud



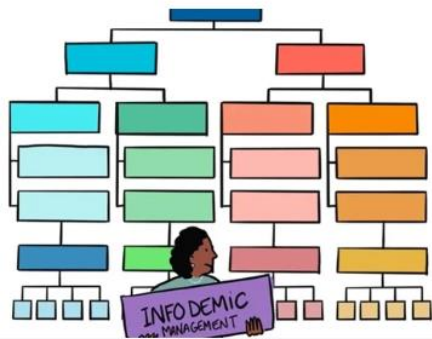
- ✓ Lecciones de **continuidad de servicios esenciales**: Encuestas “**Pulse**” de OMS mostraron interrupciones amplias (2022–2023) y la necesidad de planes para sostener inmunizaciones, oncología, crónicos, etc., en futuras olas
- ✓ **Reconversión hospitalaria**: reorganizar espacio, personal, flujos y suministros para absorber picos de demanda y mantener servicios esenciales
- ✓ **Telemedicina** escaló con resultados no inferiores en muchas áreas y potencial de equidad si se diseña bien.



Comunicación y confianza (infodemia)



- ✓ Necesidad de competencias institucionales, monitoreo, y alfabetización digital; [marcos OMS 2020–2024](#)



25 de octubre de 2023

| Actualización departamental

Nuevas herramientas de gestión de infodemias para apoyar la planificación y preparación ante pandemias...



6 de julio de 2023 | Actualización departamental

Presentamos la escucha social rápida y el análisis de la infodemia para la acción: la OMS y UNICEF lanzan...



5 de junio de 2023 | Actualización departamental

Aprenda a gestionar la infodemia y reducir su impacto en la nueva gestión de infodemia de OpenWHO...



13 de abril de 2023 | Actualización departamental

Destacar las necesidades de información sanitaria de la población durante emergencias sanitarias a través...

RESEARCH

Rubinelli et al. *Human Resources for Health* 2022, **20**(1):35

Open Access

WHO competency framework for health authorities and institutions to manage infodemics: its development and features



"Escuché grandes reportes de ello. Francamente **tremendos** reportes. Mucha gente piensa que salvó sus vidas. Dos semanas después de que dos personas que trabajan en la Casa Blanca dieron positivo, pensé que sería buena idea tomar el tratamiento".

Trump justificó tomar la hidroxicloroquina



Anthony Fauci,
principal experto
de la Casa Blanca
observa en
silencio.

Trump se refiere al estudio francés, de Gautret, un estudio **observacional** sobre hidroxicloroquina sola o combinada con azitromicina en el cual los **controles fueron los pacientes que rechazaron o no recibieron el tratamiento.**



“Los de derecha toman cloroquina, los de izquierda Tubaína (marca de refrescos)”

El Ministerio de Salud de Brasil extiende su uso de a pacientes en el nivel inicial del contagio.

Donald Trump deja el polémico tratamiento con hidroxicloroquina: "Acabo de terminarlo y, por cierto, sigo aquí" 25/05/2020



EE.UU. envía a Brasil 2 millones de dosis de hidroxicloroquina para combatir el coronavirus



Un enorme estudio observacional, publicado el 22 de mayo en la prestigiosa revista **The Lancet**, que parecía ser la bala **de plata final** a la cloroquina. Este estudio, que incluyó **96.032** pacientes hospitalizados por COVID-19 y realizó un fino ajuste estadístico, indicaba que la cloroquina y la hidroxiclороquina se asociaban, independientemente de otros factores, a entre **30 y 50 % más muertes que las del grupo control**, y sugería una asociación aún más fuerte con arritmias potencialmente letales.



Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis



NEWS | MUNDO

[Noticias](#) | [América Latina](#) | [¿Hablas español?](#) | [Internacional](#) | [Economía](#) | [Tecnología](#) | [Ciencia](#)

Tratamiento contra el coronavirus: la OMS suspende temporalmente las pruebas de hidroxicloroquina por precaución

Redacción
BBC News Mundo

🕒 25 mayo 2020



Compartir

5 de junio 2020

#LancetGate

Articles

Hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19: a multinational registry analysis

Mandeep R Mehra, Sapan S Desai, Frank Ruschitzka, Amit N Patel

Summary

Background Hydroxychloroquine or chloroquine, often in combination with a second-generation macrolide, are being widely used for treatment of COVID-19, despite no conclusive evidence of their benefit. Although generally safe when used for approved indications such as autoimmune disease or malaria, the safety and benefit of these treatment regimens are poorly evaluated in COVID-19.

Methods We did a multinational registry analysis of the use of hydroxychloroquine or chloroquine with or without a macrolide for treatment of COVID-19. The registry comprised data from 671 hospitals in six continents. We included patients hospitalised between Dec 20, 2019, and April 14, 2020, with a positive laboratory finding for SARS-CoV-2. Patients who received one of the treatments of interest within 48 h of diagnosis were included in one of four treatment groups (chloroquine alone, chloroquine with a macrolide, hydroxychloroquine alone, or hydroxychloroquine with a macrolide), and patients who received none of these treatments formed the control group. Patients for whom one of the treatments of interest was initiated more than 48 h after diagnosis or while they were on mechanical ventilation, as well as patients who received remdesivir, were excluded. The main outcomes of interest were in-hospital mortality and the occurrence of de-novo ventricular arrhythmias (as defined on the basis of ventricular tachycardia or ventricular fibrillation).

Findings 96 032 patients (mean age 53·8 years, 46·3% women) with COVID-19 were hospitalised during the study period and met the inclusion criteria. Of these, 18 688 patients were in the treatment groups (1868 received chloroquine, 3783 received chloroquine with a macrolide, 3016 received hydroxychloroquine, and 6221 received hydroxychloroquine with a macrolide) and 77 344 patients were in the control group. 10 698 (11·1%) patients died in hospital. After controlling for multiple confounding factors (age, sex, race or ethnicity, body-mass index, underlying cardiovascular disease and its risk factors, diabetes, underlying lung disease, smoking, immunosuppressed condition, and baseline disease severity), when compared with mortality in the control group (9·3%), hydroxychloroquine (18·0%; hazard ratio 1·335, 95% CI 1·221–1·457), hydroxychloroquine with a macrolide (23·8%; 1·447, 1·368–1·531), chloroquine (16·4%; 1·365, 1·218–1·531), and chloroquine with a macrolide (22·2%; 1·368, 1·273–1·469) were each independently associated with an increased risk of in-hospital mortality. Compared with the control group (0·3%), hydroxychloroquine (6·3%; 2·361, 1·935–2·906), hydroxychloroquine with a macrolide (8·1%; 5·106, 4·106–5·983), chloroquine (4·3%; 1·651, 1·260–4·596), and chloroquine with a macrolide (6·5%; 4·011, 3·344–4·812) were independently associated with an increased risk of de-novo ventricular arrhythmia during hospitalisation.

Interpretation We were unable to confirm a benefit of hydroxychloroquine or chloroquine, when used alone or with a macrolide, on in-hospital outcomes for COVID-19. Each of these drug regimens was associated with decreased in-hospital mortality and increased frequency of ventricular arrhythmias when used for treatment of COVID-19.

Funding William Harvey Distinguished Chair in Advanced Cardiovascular Medicine at Brigham and Women's Hospital.

Copyright © 2020 Elsevier Ltd. All rights reserved.



Published Online
May 22, 2020
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31180-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31180-6)

This online publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on May 29, 2020

See Online/Comment
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31174-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31174-0)

Brigham and Women's Hospital
Heart and Vascular Center and
Harvard Medical School,
Boston, MA, USA
(Prof M R Mehra MD);
Surgisphere Corporation,
Chicago, IL, USA (S S Desai MD);
University Heart Center,
University Hospital Zurich,
Zurich, Switzerland
(Prof F Ruschitzka MD);
Department of Biomedical
Engineering, University
of Utah, Salt Lake City, UT, USA
(A N Patel MD); and HCA
Research Institute, Nashville,
TN, USA (A N Patel)

Correspondence to:
Prof Mandeep R Mehra, Brigham
and Women's Hospital Heart
and Vascular Center and Harvard
Medical School, Boston,
MA 02115, USA
mmehra@bwh.harvard.edu

“Dudas sustantivas” y
“preocupaciones tanto
metodológicas como de integridad
de los datos”, sobre la base de
datos utilizada.

La empresa **Chicago Surgisphere Corp.**, creadora de dicha base de datos, les negó el acceso a los propios autores alegando cláusulas de confidencialidad con los pacientes.

Por su parte, otra revista biomédica reconocida, **New England Journal of Medicine**, también retiró un artículo sobre medicamentos antihipertensivos que utilizaba la misma base de datos.

La OMS reanuda los ensayos con hidroxicloroquina, The Lancet retira el estudio que la desaconsejaba COMENTARIOS

Por Euronews • última actualización: 05/06/2020



El 17 de junio, los **volvió a detener definitivamente**, en base en la evidencia del ensayo **Solidarity** (incluidos los datos del ensayo French Discovery), el ensayo **Recovery** del Reino Unido y **una revisión Cochrane**, ya que **no redujo la mortalidad**



Lecciones aprendidas



1. Preparación (que debe financiarse de forma sostenida).
2. Equidad -> resultados
3. Ciencia rápida (y bueno): plataformas adaptativas, LSR
4. Medidas no farmacológicas: reducir contactos, mascarillas, ventilación, cierre/aforos intermitentes, apoyos sociales).
5. Vigilancia genómica y en aguas residuales
6. La “infodemia” es parte de la emergencia -> guías
7. Salud mental: impacto sostenido y sistemas insuficientes
8. Continuidad de servicios esenciales es crítica
9. Marcos nuevos de cooperación: Acuerdo de Pandemias
10. “Sindicemia” COVID-19: + crónicas (DBT, obesidad) + desigualdades sociales [Richard Horton, The Lancet 2020](#)

GRACIAS



IECS
INSTITUTO DE EFECTIVIDAD
CLINICA Y SANITARIA