

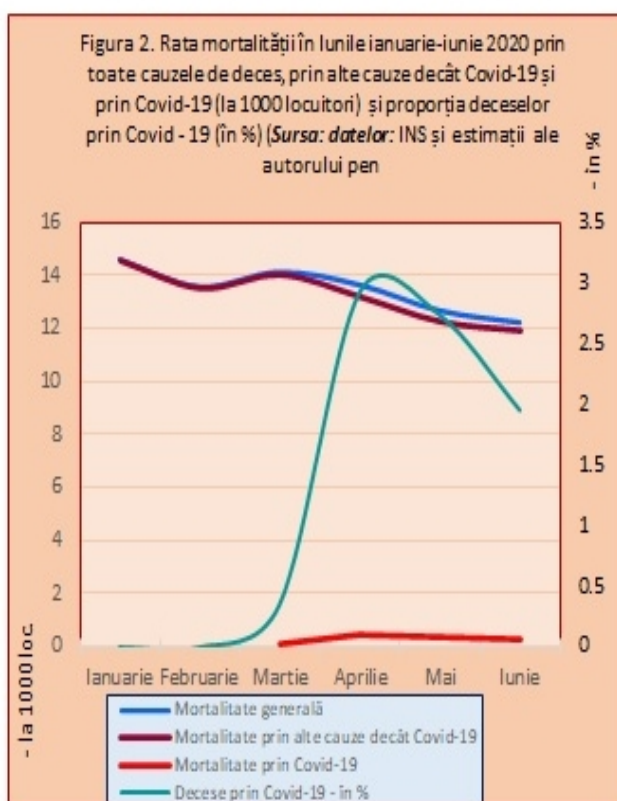
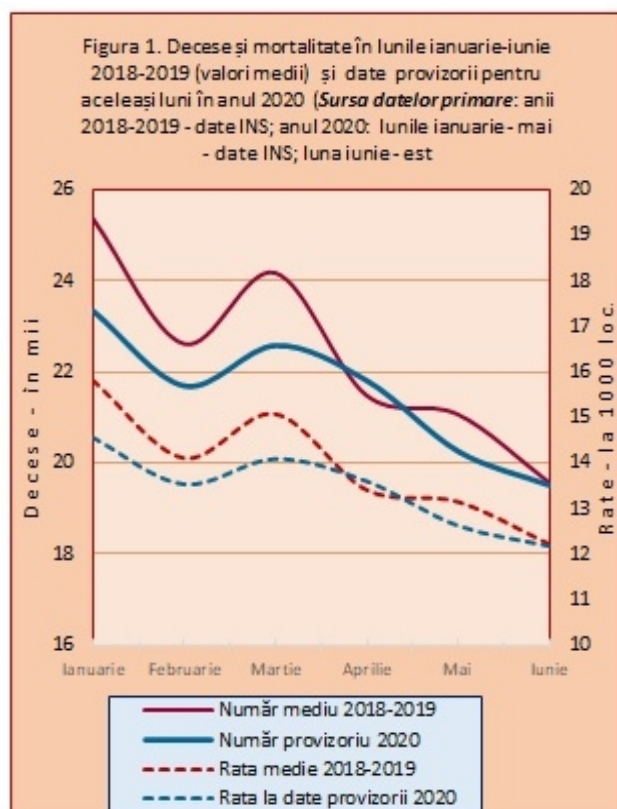
Revenind la mortalitatea prin Covid-19 în țara noastră

Vasile Ghetau

27/07/2020

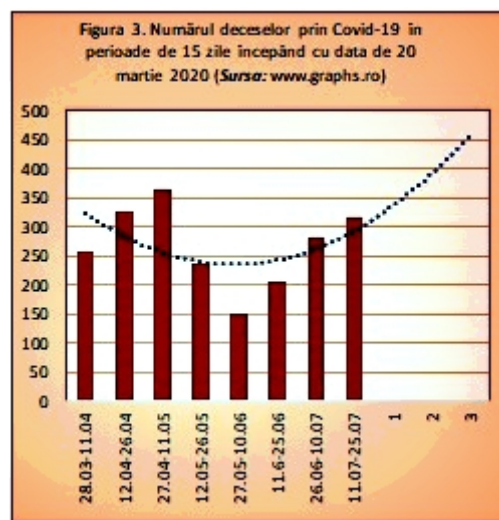
- **Nevoia actualizărilor de date**
- **Prețul pandemiei în Europa și la noi**
- **Plasarea analizei la nivel de vârste și sexe, în alte țări și la noi: ce aflăm?**
- **Infecții și decese pe sexe și vârste în țara noastră: date nepublicate și nevoia estimărilor**

În articolul publicat la 11 iunie estimarea mortalității prin Covid-19 avea la bază datele asupra numărului de decese prin Covid-19 și a numărului total de decese în lunile martie-mai 2020, obiectivul fiind identificarea și cuantificarea măsurii în care apariția și progresul numărului de decese prin Covid-19 au dus la majorarea numărului total de decese în lunile respective, ceea ce ar fi însemnat creșterea mortalității generale a populației. Voi aminti că se cunoștea bine primul indicator pentru cele trei luni dar cel de al doilea, numărul total de decese (date provizorii), nu era cunoscut, Institutul Național de Statistică (INS) publicând numărul provizoriu de decese la 40 de zile de la trecerea unei luni. S-a impus astfel estimarea numărului de decese în lunile aprilie și mai, soluția fiind adoptarea valorilor medii din anii 2018 și 2019. Între timp INS a publicat numărul de decese în cele două luni, datele fiind incluse în acest articol. Pentru luna iunie s-a luat în considerare media valorilor din anii 2018 și 2019. Vor fi folosite multe date în articol, fiind vorba de estimări ale mortalității prin virus și fără virus, și formula grafică de prezentare a fost privilegiată, în locul tabelelor.

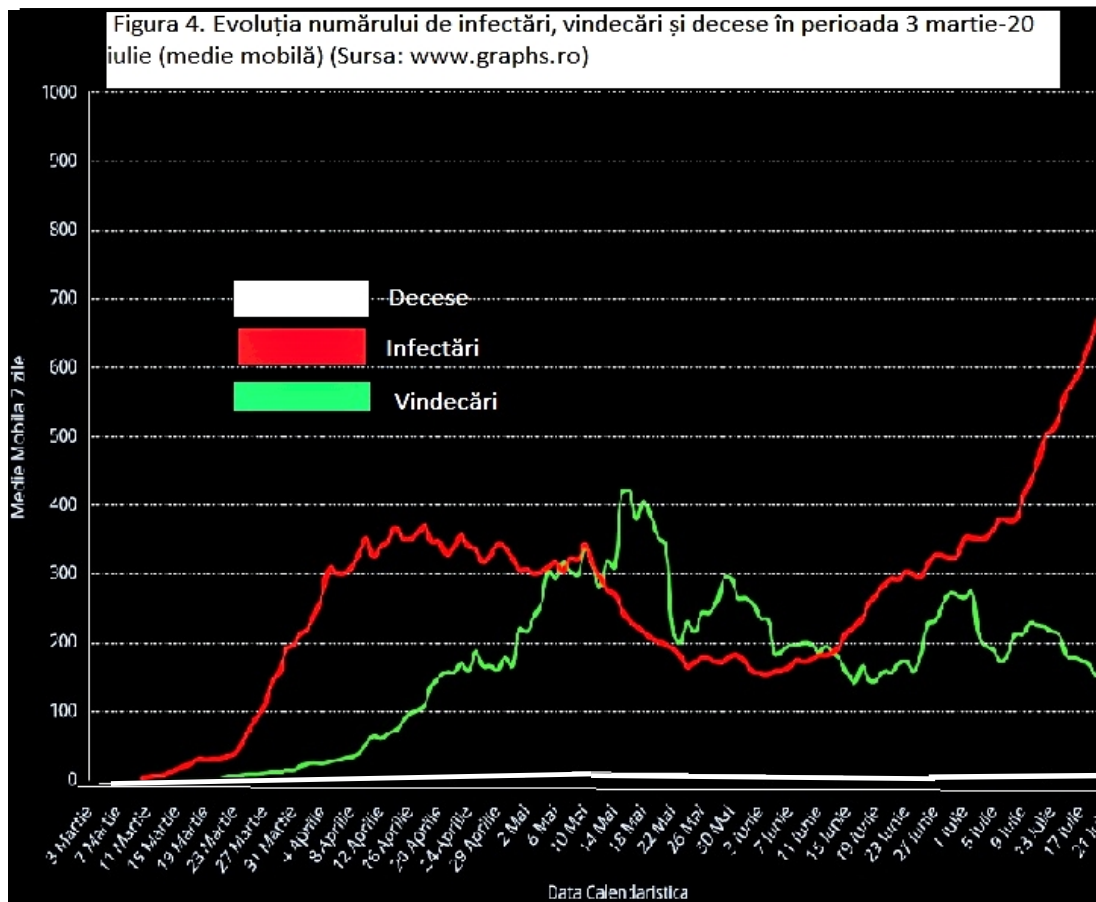


Curbele din figura 1 indică un număr mai mic de decese în lunile ianuarie-martie 2020 (date provizorii) comparativ cu numărul mediu de decese din aceleași luni în anii 2018-2019, o superioritate modestă a deceselor în luna aprilie și revenire la o valoare mai mică în luna mai. Rata mortalității (la 1000 locuitori) descrie evoluții similare și valorile sunt plasate în grafic doar pentru a indica nivelul comparativ al ratei mortalității generale pe luni, un nivel foarte ridicat, cum este și cel anual. Datele Eurostat pentru anul 2017 (ultimul cu date publicate) [1] indică o rată *standardizată* a mortalității de 15 decese la 1000 locuitori,

nivelul pentru populația UE-27 fiind de 10 la mie (ratele standardizate elimină efectele perturbatoare ale structurilor pe vârste ale populațiilor naționale). Mortalitatea are o sezonalitate bine statuată, în lunile de iarnă fiind mai ridicată (și în cele cu epidemie pronunțată de gripă). În luna ianuarie 2020 rata calculată a mortalității a fost de 14,6 decese la 1000 locuitori, 14 în luna martie, 12,6 în luna mai și este de așteptat să coboare la 12,2 la mie în luna iunie. Pentru comparație, rata a fost de 13,5 la mie în anul 2018 și de 13,4 în anul 2019 [2]. Ar putea apărea tentația de a admite ipoteza că numărul provizoriu de decese în luna aprilie 2020 este ușor mai mare decât numărul mediu din aceeași lună în anii 2018-2018 (folosit în articolul anterior) prin contribuția celor 626 de decese prin Covid-19 din luna aprilie dar ipoteza este hazardantă și prudența se impune. Numai analiza comparativă a numărului deceselor pe cauze medicale în lunile respective va putea oferi răspuns. Informațiile din figura 2 pot fi argument pentru prudență. Mortalitatea prin alte cauze decât Covid-19 fost în ușor recul în lunile aprilie și mai deoarece a apărut mortalitate prin Covid-19, un număr semnificativ dintre persoanele în vârstă decedate prin virus având comorbidități grave cu risc de deces în cursul anului. Nivelul ei este însă foarte scăzut (curba roșie) iar proporția deceselor prin virus s-a apropiat doar de 3 la sută în lunile aprilie și mai.



O privire asupra plasării numărului de decese în cele 15 zile din perioada 11-25 iulie comparativ cu perioade de aceeași întindere din lunile anterioare (figura 3) indică o creștere fermă și consistentă în următoarele perioade de 15 zile și o (nedorită) potențială apropiere de valoarea record din perioada 27 aprilie-11, dacă recrudescența deceselor ar continua.



Schimbările care au intervenit în evoluțiile paralele ale numărului de persoane infectate și vindecate după mijlocul lunii iunie până aproape de 20 iulie rămân preocupante (figura 4): progresul important și ferm al numărului de persoane infectate, depășind valorile din luna aprilie, și cvasi-stagnarea numărului de persoane vindecate par a nu prefigura o ameliorare a situației iar linia deceselor descrie un progres moderat și constant. Graficul descrie situația până la 18 iulie (ca medii mobile ale indicatorilor) dar în forma actualizată a figurii curba numărului vindecărilor are o altăalură, de ascensiune spectaculoasă după 20 iulie. Explicația nu are legătură cu evoluția zilnică a infectărilor. Privind informațiile Grupului de Comunicare Strategică (GCS) din 20 și 21 iulie găsim până la cele două date un număr de vindecări de 22747 și, respectiv, 24454 cazuri. Diferența enormă, de 1707 cazuri, nu rezultă din evoluții reale ale vindecărilor și GCS aduce clarificarea în seara zilei de 20 iulie, făcând referire la decizia CCR din 2 iulie și consecințele sale. De fapt, 1480 de persoane confirmate cu noul virus fac parte din categoria persoanelor vindecate, reprezentând cazuri care au beneficiat de prevederile unui ordin al Ministerului Sănătății vizând aplicarea deciziei CCR. Se precizează însă că „Având în vedere numărul persoanelor considerate vindecate, se va rectifica în consecință numărul cazurilor considerate active în infectarea cu noul coronavirus”.

Deteriorarea situației pe fondul relaxărilor și al nerespectării regulilor (dar și al inacceptabilelor reglări de conturi dintre Guvern și Curtea Constituțională) era previzibilă într-o anumită măsură dar viteza și dimensiunea acesteia sunt pe cale de a compromite rezultatele remarcabile (în context internațional) din lunile aprilie-iunie și posibila atingere a unui număr de decese prin virus la mijlocul lunii august în jur de 3000 dacă extrapolăm datele de până acum în absența unei calmări a dezvoltărilor. Evoluțiile cele mai îngrijorătoare în acest context sunt creșterea numărului de infectări, a numărului de persoane internate în unități de terapie intensivă (cu pericolul saturării în unele spitale), a numărului de decese dar și surprinzătoarea proliferare a focarelor cu zeci de infecții din spitale, centre de îngrijire și în unele localități din județe vecine Capitalei. Nu mai vorbim de numărul persoanelor cu test pozitiv externat la cerere (972 până la 22 iulie) și de „zburdălnicia” câtorva mii de asimptomatici (în jur de 3680 la 20 iulie) reprezentând persoane confirmate pozitiv care nu au făcut obiectul internării în spitale, nu au făcut obiectul externării ca persoane asimptomatice după 10 zile de spitalizare și nici ca persoane externat la cerere. Iar dacă numărul de persoane infectate ar urma estimările guvernului din nota de fundamentare a hotărârii de guvern prin care a fost prelungită cu 30 de zile starea de alertă s-ar putea ajunge la 1.200 – 1.600 de infectări zilnice la jumătatea lunii august, ceea ce ar putea mări și numărul zilnic de decese (numărul de infectări a ajuns la

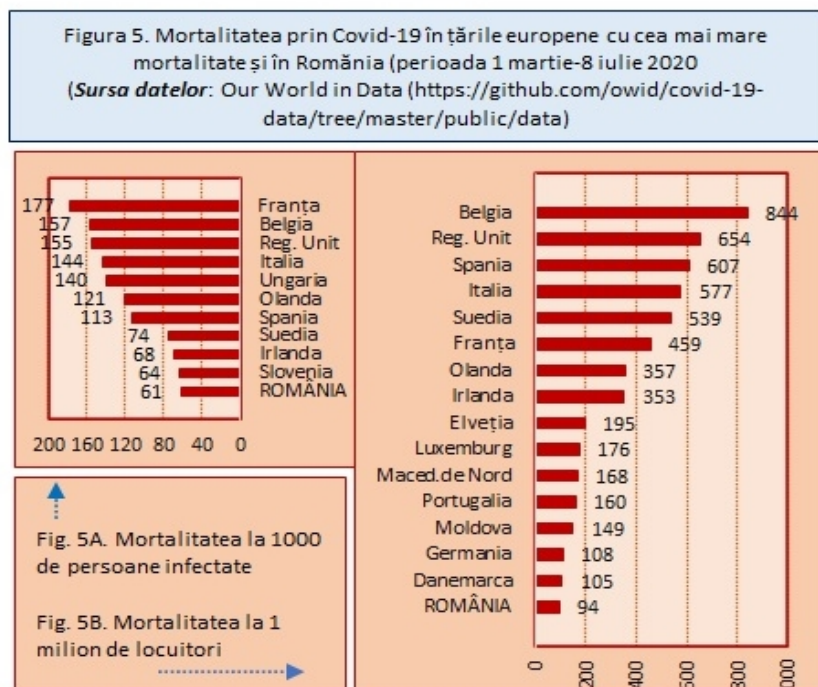
aproape 1300 la 25 iulie și o simplă extrapolare liniară duce spre 2000 la mijlocul lunii august dacă dinamica de după 6 iulie se menține). În creșterea rapidă a numărului de testări (s-a depășit 1 milion) se află, cel puțin în parte, și originea moderatei recrudescențe, temporară ca tendință, a numărului de decese.

Pot exista rațiuni pentru a vedea în creșterea masivă a numărului de testări dorința și soluția identificării unui număr cât mai mare de persoane infectate, consecința fiind și majorarea moderată și temporară a numărului de decese, în așteptarea diminuării în timp atât a infecțiilor cât și a deceselor.

Prețul pandemiei în Europa și la noi

Unde se află România în context internațional în ceea ce privește mortalitatea prin Covid-19 în luna iulie, până la urmă cel mai important indicator al durității pandemiei, fiind vorba de pierderi de vieți omenești?

Nu am folosit cele două figuri din articolul precedent (figurile 1 și 2), aduse la zi, care prezentau clasamentul țărilor europene și al altor câteva țări, 46 în total, și s-a preferat, în figura 5, o formulă grafică mai simplă: locul României alături de țările europene cu mortalitatea cea mai ridicată. În figura 5A este mortalitatea la 1000 de persoane infectate iar în figura 5B este mortalitatea la 1 milion de locuitori. În prima figură valorile sunt mai omogene și doar în 10 țări întâlnim rate mai mari, în timp ce în clasamentul după rata la 1 milion de locuitori diferențierea este mai mare și în 15 țări nivelul este mai ridicat decât în România. În aprecierea poziției țării noastre nu trebuie omis faptul că datele se referă la 39 de țări europene, ceea ce înseamnă că în cele mai multe dintre țările europene mortalitatea este mai mică decât în țara noastră, indiferent ce indicator folosim.



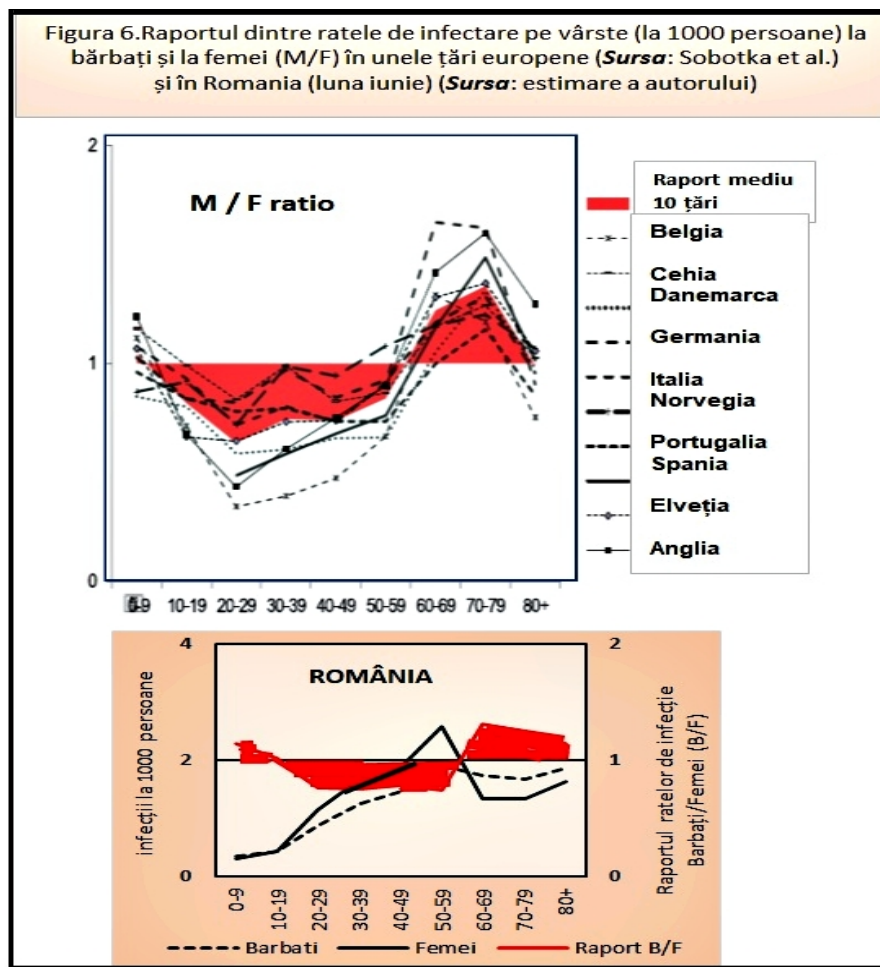
De unde provine poziția relativ diferită României în cele două figuri? În mortalitatea calculată la 1000 de persoane infectate sunt doar 10 țări cu valori mai mari și nu 15 câte sunt în mortalitatea calculată la 1 milion de locuitori. Țările care au o mortalitate la 1 milion de locuitori mai mare decât în țara noastră dar nu și o mortalitate mai mare la 1000 de cazuri sunt, în general, țări cu un număr mare de teste la 1000 de locuitori (Danemarca, Germania, Portugalia, Luxemburg, Elveția), ceea ce reduce mortalitatea la 1000 de cazuri prin depistare mai precoce a infecției și tratament mai eficient dar nu se reduce și mortalitatea la 1 milion de locuitori. Pozițiile Moldovei și Macedoniei de Nord nu pot fi explicate prin testare masivă și problema calității datelor nu ar trebui să fie exclusă.

Care dintre cei doi indicatori este mai important? Ierarhizarea s-ar cuveni să fie evitată, fiecare dintre cei doi indicatori având importanța sa: cel calculat la 1000 de cazuri este expresia eficienței depistării și tratamentelor iar rata mortalității la 1 milion de locuitori este expresia efectelor finale ale bolii, ca pierderi de vieți omenești, multe dintre ele premature.

Plasarea analizei la nivel de vârste și sexe, în alte țări și la noi: ce aflăm?

Secțiunea care urmează a articolului este dedicată analizei infecțiilor și deceselor pe sexe și vârste, abordare menită a aprofunda cunoașterea manifestărilor bolii și oferi repere în intervenții. Înainte de a prezenta date estimative pentru țara noastră, o rapidă privire în câteva surse din literatura internațională urmărește evidențierea complexității manifestărilor virusului la bărbați și la femei, pe vârste. Nu multe sunt abordările acestui subiect și pentru că disponibilitatea unor date comparative asupra distribuției infecțiilor și deceselor prin Covid-19 pe vârste detaliate la bărbați și la femei este încă relativ limitată. Se cuvine a face o anumită mențiune. O investigație fie și rapidă și sumară a ceea ce putem găsi pe internet în reviste de specialitate, în dosare ale unor cotidiene de mare audiență și pe platforme de informare în științe sociale și în domeniul științelor medicale relevă o formidabilă efervescență în ultimele săptămâni a titlurilor și abordărilor multiplelor fațete ale Covid-19. Aș vrea să cred că lucrurile stau la fel și în România. Specialiști în demografie, sociologie, economie și în alte domenii încearcă să conecteze dezvoltările pandemiei la factori demografici și economici atât din perspectiva determinării particularităților naționale, cât și din cea a implicațiilor. Publicarea în reviste de specialitate implică timp, prin parcurgerea tuturor fazelor de evaluare confidențială a unui articol și numeroase articole sunt publicate rapid pe platforme de informare sau în publicații electronice de tip preprint ale unor manuscrise nepublicate (cu toate precizările asupra datelor, surselor, conflictului de interese și alte detalii). Este o admirabilă solidaritate și dorință de a aduce ceva nou în cunoaștere prin introducerea unor factori nemedicali și pentru că științele medicale își arată limitele în fața cunoașterii virusului din diverse perspective. Mă voi opri la un inedit articol care încearcă să introducă factorii demografici în analiza pandemiei Covid-19 și voi alătura date pentru țara noastră în intenția de a identifica măsura în care manifestările infecțiilor au elemente comune cu alte țări. Este primul articol care încearcă să identifice posibile explicații ale diferențierilor intensității infectării cu Covid-19 introducând factori demografici și îi voi acorda atenția cuvenită.

Articolul – „Age, gender and COVID-19 infections” – tratează probleme ale diferențierii impactului Covid-19 la bărbați și la femei, pe vârste, în țări europene și are patru autori provenind de la prestigioase instituții academice de cercetare demografică, a capitalului uman și analiză a sistemelor din Austria și Cehia – Witgenstein Centre for Demography and Global Human Capital, (Universitatea din Viena), Viena Institute of Demography (Academia Austriacă de Științe), Internatioonal Institute for Applied Systems Analysis (IIASA), Laxenburg, Vienna University of Economics and Business și Department of Sociology/Office for Population Studies, de la Universitatea Masaryk din Brno, Cehia. În formă mai dezvoltată (și având patru autori, cel mai cunoscut fiind Tomáš Sobotka, activând la primele două instituții menționate) articolul a fost publicat la sfârșitul lunii mai la platforma *medRxiv* (Universitatea Yale, SUA), arhivă online pentru manuscrise complete dar nepublicate din domeniul științelor sănătății (preprinturi ale unor articole care nu au trecut prin procesul de selecție (peer review) și nu trebuie calificate ca având informație recunoscută și acceptată [3]. Analiza se referă la 10 țări pentru care există datele asupra distribuției infecțiilor pe sexe și vârste: Belgia, Cehia, Danemarca, Elveția, Germania, Italia, Norvegia, Portugalia, Spania și Regatul Unit/Anglia. Întrebarea la care autorii caută răspuns este ce factori determină mari variații ale ratelor de infectare pe vârste la bărbați și la femei într-un context în care la nivelul celor 10 populații numărul persoanelor infectate pe sexe era la mijlocul lunii mai relativ echilibrat – 45% bărbați și 55% femei (proporție identică și în țara noastră). Constatarea pe care o fac autorii este existența unor rate de infectare mult mai mari la femei decât la bărbați la vârstele de muncă. Diferențele au valorile cele mai ridicate între 20 și 30 de ani. În schimb, ratele de infectare încep să fie mai mari la bărbați la 60-69 ani, vârste de pensionare, cu valorile cele mai ridicate la 70-79 ani. Această schimbare nu apare la examinarea numărului de femei și de bărbați infectați la aceste vârste, longevitatea mai mare a femeilor explicând prezența lor mai numeroasă în populația de la vârste avansate, inclusiv în populația infectată.



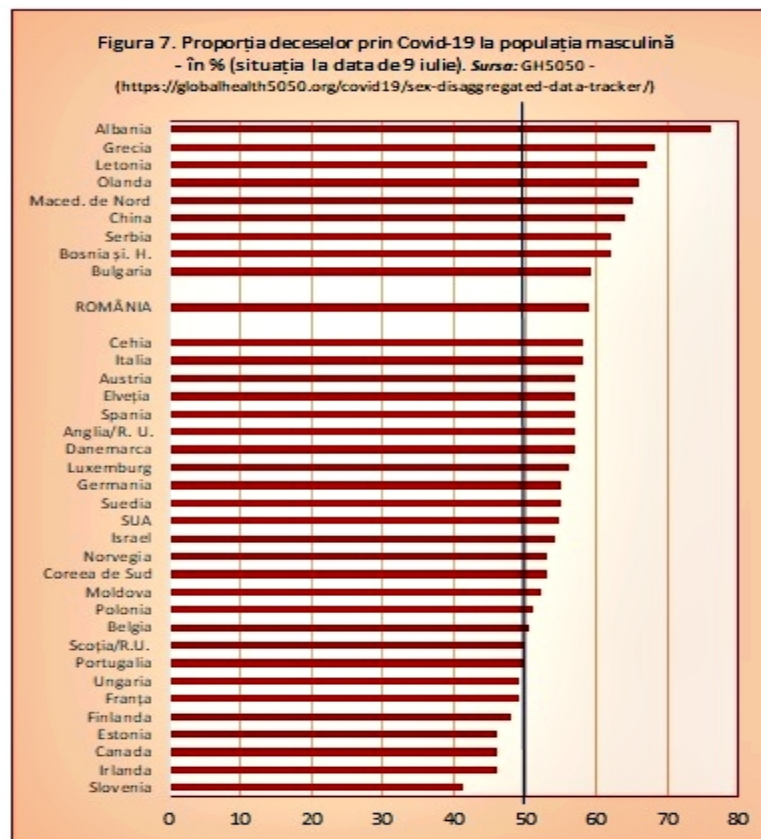
În figura 6 pot fi examinate valorile raportului dintre ratele de infectare la bărbați și la femei – M/F (B/F) în cele 10 țări și dezechilibrele medii pe vârste la nivelul celor 10 populații, sub și peste linia de echilibru (în suprafața de culoare roșie). Am introdus și graficul pentru România (rate de infectare și raportul B/F) și se poate constata prezența modelului din cele 10 țări și în țara noastră, cu toate estimările impuse de absența datelor asupra distribuției pe sexe și vârste a persoanelor infectate. Cel două mari particularități – rate de infectare mai mari la femei la vârstele tinere și adulte și rate superioare la bărbați după vârsta de 60 de ani – sunt prezente și în țara noastră, ceea ce duce la concluzia că factorii responsabili de diferențiere pot fi comuni populațiilor europene. În articol pot fi identificate câteva aprecieri lansate în premieră asupra acestor factori, nu lipsite de importanță:

- necesitatea includerii factorilor demografici – vârsta și genul – în analiza pandemiei Covid-19;
- relativul echilibru dintre numărul bărbaților și al femeilor infectate ascunde un profil diferit pe vârste al infectării la bărbați și la femei, profil care trebuie luat în considerare în stabilirea strategiilor și politicilor;
- nu există dovezi medicale sugerând rațiuni biologice pentru care femeile adulte sub 60 de ani ar trebui să contracteze mai ușor infecția decât bărbații la aceeași vârstă; mai degrabă, numărul ridicat de infecții la femeile în vârstă de 20-59 ani se află în legătură cu proporția lor ridicată în ocupațiile din domeniul sănătății și al îngrijirii persoanelor vârstnice; în cele 10 țări, ca și în alte țări europene, între 75 și 85 la sută din personalul medical și cel de asistență socială este compus din femei; în plus, s-a constatat că echipamentele de protecție a sănătății, cum sunt combinezoanele (PPE) pot fi nepotrivite siluetei feminine, expunându-le mai mult decât pe bărbați la riscul de infecție; ocupațiile menționate duc la statistici mai ridicate ale infecțiilor în două moduri: femeile au un risc mai mare de contractare a bolii și în același timp au o șansă mai mare de a fi testate împotriva Covid-19 (și identificare deci a virusului);
- “dezavantajul ocupațional ” poate conta în ratele de infecție mai mari la femei în țările europene având rate înalte de participare la activitate economică, cazul Olandei, Danemarcei și Suediei; paralel, iregularitățile vizibile din profilul ratelor de infecție la vârstele de muncă la femei, cazul Cehiei, Germaniei și Norvegiei, sunt legate de retragerea temporară din activitate în jurul vârstei de 30 de ani pentru creșterea copilului și risc mai mic de contractare a virusului (raportul M/F oglindind particularitatea);

- bărbații în vârstă au un dublu dezavantaj: nu numai că au o probabilitate mai mare de deces prin/cu Covid-19, dar ratele lor de infectare sunt mai ridicate când ajung la vârstele cele mai vulnerabile.

Autorii avansează și ipoteza explicării diferențelor dintre ratele de infectare mari la femeile în vârstă de muncă și la bărbații vârstnici prin selectivitatea diferitelor grupuri la testări, cu rate mari de testare la vârste tinere la femeile având ocupații în spitale și centre de îngrijire și la bărbații de vârstă înaintată, mai susceptibili la forme severe de îmbolnăvire și mai atenți la testare.

Concluzia din articol este una dublă: diferențele mari din infecțiile cu Covid-19 pe vârste și sexe arată că variabilele demografice trebuie înregistrate în vederea îmbunătățirii înțelegerii vulnerabilității la Covid-19; deși ratele de infectare la femei sunt mici până la vârsta de 60 de ani, profilul lor profesional le expune la riscuri mai mari și acest factor ar trebui inclus în discuțiile care au loc asupra impactului Covid-19 asupra sănătății și binelui femeilor.



Pe aceeași linie a analizei impactului diferențiat pe sexe și vârste al Covid-19 se înscriu și datele și informațiile furnizate asupra mortalității prin Covid-19 pe sexe și vârste la platforma *Global Health 50/50* de la Centre for Gender and Global Health, atașat la prestigioasa University College London [4]. Toate datele au indicate sursele naționale oficiale (pentru România este indicat raportul Centrului Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile pentru săptămâna 29 iulie- 5 iulie). Datele care sunt de mare interes pentru acest articol sunt cele asupra distribuției pe sexe a persoanelor decedate. Ele arată că deși în cele mai multe țări decese la populația masculină sunt mai numeroase, în destule țări situația este diferită, decese fiind mai multe la femei (figura 7) și iată aceste țări: Slovenia, Estonia, Canada, Irlanda, Finlanda, Ungaria, Franța, Portugalia, Scoția/RU), țări având între 59 și 50,2 la sută dintre decese la populația feminină. Proporțiile cele mai mari ale deceselor la bărbați sunt cele din Albania, Grecia, Letonia, Olanda, Macedonia de Nord, China, Serbia, Bosnia și H. și Bulgaria, cu valori între 76 și 59 la sută. România nu este departe de aceste țări, cu aproape 59 la sută decese la bărbați. Cauzele mortalității diferențiale pe sexe rămân necunoscute încă dar apropierea numărului mai mare de decese la femei în cele 9 țări de aprecierile autorilor articolului publicat la *medRxiv* referitoare la particularitățile pozițiilor femeilor în ocupațiile din spitale și centre de îngrijire și ale ratelor de activitate ale acestora la vârstele tinere și inflexiunea acestor rate în jurul vârstei de 30 de ani ar putea fi o tentativă de urmat.

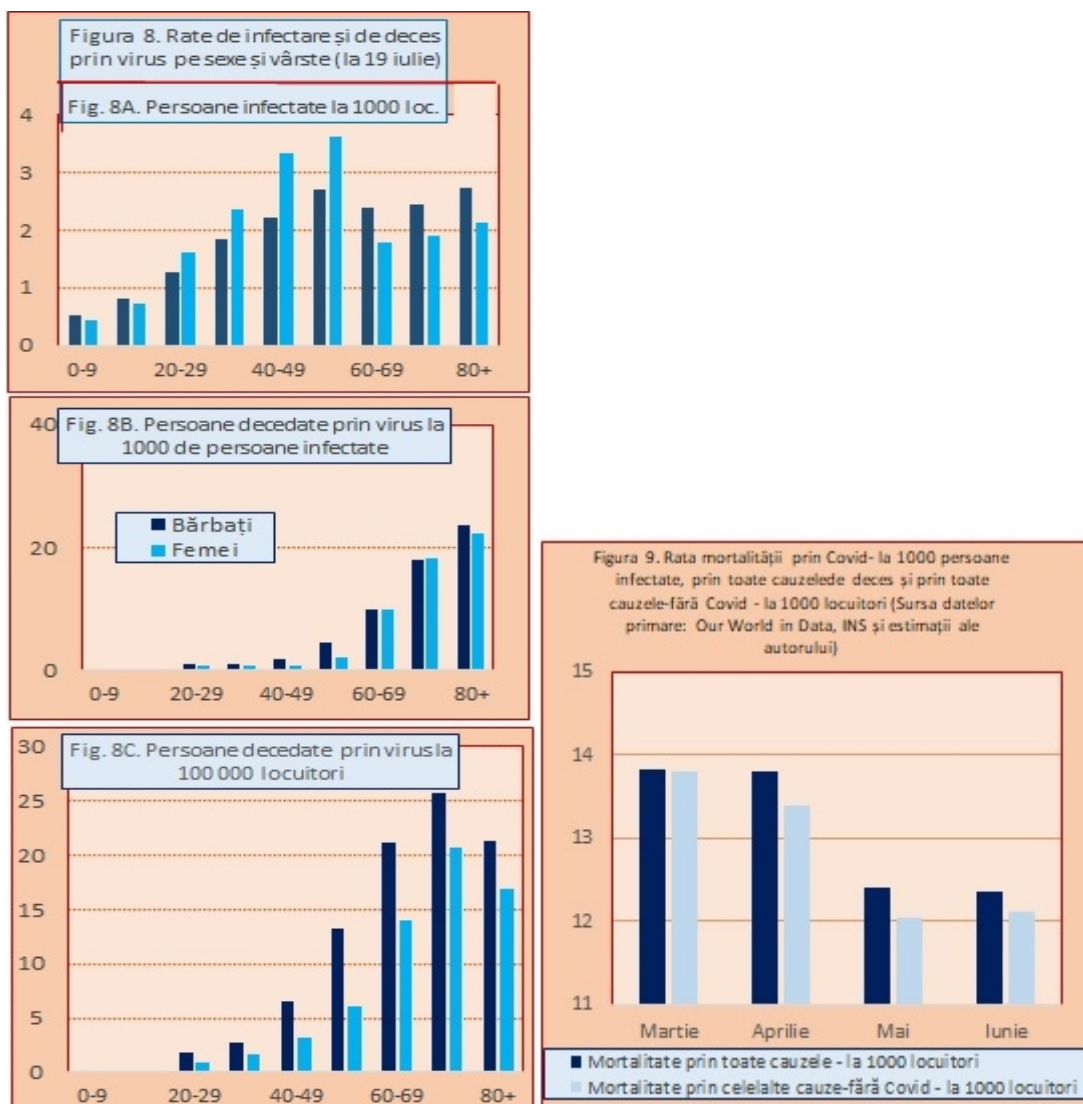
Autorii de la GH5050 precizează că o anumită prudență se impune în comparații, informațiile statistice referindu-se la ultima dată calendaristică pentru care datele pe sexe sunt publicate. Pe de altă parte, în unele țări distribuția deceselor pe sexe se poate referi doar la o parte a populației.

Nu este lipsită de interes constatarea extinderii studiilor asupra particularităților pandemiei pe sexe și vârste prezentate în premieră de Sobotka și colegii săi și în domeniul particular al asigurărilor de viață, cu indicatori specifici, la marile companii, afectate în activitate de mortalitatea prin Covid-19 [5].

Infecții și decese pe sexe și vârste în țara noastră: date nepublicate și nevoia estimărilor

În această parte finală a articolului am dorit să ofer cititorilor ceea ce am putea ști în măsură mai mare despre infecții și decese prin Covid-19 în țara noastră dacă Guvernul, Ministerul Sănătății, Institutul Național de Sănătate Publică ar publica, după practica din alte țări, banalele date asupra distribuției pe sexe și vârste a numărului de persoane infectate și decedate. Este vorba de indicatori de intensitate – ratele de infecție și de deces prin Covid-19 pe sexe și vârste. În figura 8 sunt prezentate aceste rate: rate de infectare la 1000 locuitori și două tipuri de rate de deces – la 1000 de persoane infectate și la 100000 de locuitori.

Se cuvine a preciza că exercițiul a implicat estimarea numărului de persoane infectate și decedate pe sexe și vârste pornind de la expresia grafică a structurii celor doi indicatori (fără valori) din figurile publicate în raportul CNSCBT pentru săptămâna 13-19 iulie [6]. Acuratețea estimărilor poate suferi, ca și ratele calculate, dar este singura modalitate, în circumstanțe de același fel, de a putea estima indicatorii de intensitate ai infectărilor și deceselor.



Intensitatea infectării la 1000 de persoane este cea mai ridicată și la bărbați și la femei la grupele de vârstă 50-59 și 40-49 ani și nu după vârsta de 60 ani cum am fi tentați să credem (figura 8A). Ratele la cele două grupe de vârstă sunt însă net superioare la femei. Reducerea masivă a numărului infecțiilor după vârsta de 60 de ani, și la bărbați și la femei, combinată cu efective în regres ale populației la grupele 60-69, 70-79 și 80 ani și peste, ar putea explica ratele mai mici și relativ echilibrate, menținându-se însă rate mai mari la bărbați.

Cei doi indicatori de mortalitate au un progres continuu pe vârste dar cu particularități. Mortalitatea în rândul populației infectate este echilibrată la bărbați și la femei. Decesele sunt mai mari la bărbați dar infecțiile sunt mai răspândite la femei, ceea ce explică echilibrul ratelor (figura 8B). Ratele de deces calculate la întreaga populație (figura 8C) cresc rapid pe vârste și o diferențiere clară se constată între bărbați și femei. Rata mai mică la 80 ani și peste provine din reducerea semnificativă a numărului de decese prin Covid-19 față de grupa de vârstă 70-79 ani.

În analiza datelor asupra mortalității pe sexe și vârste prin virus în rândul persoanelor infectate și eventuale comparații cu alte populații (utilizându-se grupe identice de vârstă) nu trebuie omise particularitățile mortalității la vârstele avansate, acolo unde valorile sunt foarte ridicate. Datele Eurostat arată că din 100 de născuți vii de sex masculin ajung la vârsta de 80 de ani, în țara noastră, doar 33 iar la sexul feminin 58, valorile medii în UE-27 fiind de 54 și 72 [7].

Un ultim aspect asupra mortalității este cel al măsurii în care decesele prin Covid-19 au influențat întreaga mortalitate a populației în lunile martie-iunie și răspunsul îl avem în figura 9: în măsură moderată doar, numărul deceselor prin virus fiind nesemnificativ în luna martie și de doar câteva sute în lunile aprilie-iunie. Recrudescența deceselor în luna iulie ar urma să-și pună mai consistent amprenta asupra mortalității prin toate cauzele medicale și prin toate cauzele-mai puțin prin Covid-19.

Gânduri în vreme de pandemie Covid-19 pe Terra

Pare un neverosimil scenariu de SF. Lansarea spectaculoasă a SpaceX Flacon 9 de la 30 mai, recuperarea rachetei pe “covorul” de la suprafața apei, cuplarea perfectă a capsulei Crew Dragon C206 Endeavour cu Stația Spațială Internațională (SSI), multitudinea de echipamente sofisticate și asidua activitate a astronauților în stație și în afara ei, lansarea cargoului de la Baikonur la 23 iulie și cuplarea impecabilă cu SSI, pe de o parte, și ravagiile pe care un virus le face pe Terra, de unde au plecat cei doi astronauți, pe de altă parte. Numărul persoanelor infectate se apropie de 16 milioane iar al vieților pierdute este aproape de 650000. Este o contradicție atât de flagrantă între infernalele echipamente, mașinile zburătoare, tehnologii super performante, lansări și cuplări de fabuloasă precizie în spațiu la 400 de kilometri de pământ și la o viteză de aproape 28 de mii de kilometri pe oră, întreaga programare și desfășurare a programului spațial – IMAGINI ALE PERFECȚIUNII și neputința celor rămași pe Terra de a stăpâni virusul răspândit în întreaga lume cu viteză în creștere, cu toate multele miliarde de dolari adresate cercetării medicale. Mult mai puține însă decât cele destinate cercetării spațiale de-a lungul timpului, cercetare în care dimensiunea militară a fost dintotdeauna importantă și devine mult mai importantă. Această neputință a omenirii în fața Covid-19 pare de necrezut în acest al XXI-lea secol. Unde a greșit și greșește omenirea de ieri și de astăzi? Va ajunge virusul mortal (acesta ori altul) și în Spațiu?

Revin asupra prudenței în evaluarea datelor din figura 8, prin estimările efectuate în lipsa datelor asupra numărului de persoane infectate și a numărului de persoane decedate prin Covid-19 pe sexe și vârste. Pot exista rațiuni pentru a vedea în creșterea masivă a numărului de testări dorința identificării unui număr cât mai mare de infectări, în stadii de severitate diferite, inclusiv cele grave urmate de deces, și – de aici – majorarea numărului de persoane infectate dar și a numărului de decese, în așteptarea diminuării în timp atât a infecțiilor cât și a deceselor.

Un avertisment

Voi menționa doar titlul editorialului de o pagină din prestigioasa publicație medicală *The Lancet*, volumul 396, 11 iulie 2020 – *Covid-19: the worst may be yet to come* -, și scurta propoziție din finalul articolului, după trecerea în revistă a dezvoltărilor recente ale pandemiei în Europa, SUA, Kazahstan, Turkmenistan, Rusia, Pakistan, Arabia Saudită, Yemen, India, Brazilia și alte câteva țări din America de Sud: “Pentru o mare parte a globului, răul cel mai mare s-ar putea să nu fi venit încă”.

Referințe

- [1] Eurostat.2020a. Causes of death – standardised death rate by residence (https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_cd_asdr2&lang=en).
- [2] Institutul Național de Statistică. 2020. Anuarul statistic al României 2019.
- [3] Sobotka et al. 2020. Age, gender and COVID-19 infections (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.24.20111765v1>).
- [4] **Global Health 50/50. 2020. Sex, gender and COVID-19: overview and resources** (<https://globalhealth5050.org/covid19/>).
- [5] Reinsurance Group of America, Incorporated (NYSE: RGA. 2020. COVID-19 Mortality Rates by Age and Gender: Why Is the Disease Killing More Men than Women? (<https://www.rgare.com/knowledge-center/media/research/covid-19-mortality-rates-by-age-and-gender-why-is-the-disease-killing-more-men-than-women>).
- [6] Centrul Național de Supraveghere și Control al Bolilor Transmisibile (CNSCBT). 2020. Covid 19 – Raport săptămânal de supraveghere. Date raportate până la data de 19 iulie (<http://www.cnscbt.ro/index.php/analiza-cazuri-confirmate-covid19/1877-raport-saptamanal-episaptamana28/file>).
- [7] Eurostat. 2020b. Life tables. Number left alive at given exact age (lx) (<https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>).