



SESIÓN PLENARIA ORDINARIA

2.- Debate y votación de la proposición no de ley, N.º 286, relativa a realización de un estudio de seroprevalencia en el personal de los centros sanitarios y sociosanitarios así como en las personas mayores de centros residenciales para valorar la duración de la respuesta inmunológica y cuyo resultado sirva para la toma de decisiones futuras acerca de propuestas como la vacunación con terceras dosis, presentada por el Grupo Parlamentario Popular. [10L/4300-0286]

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez, J.): Pasamos directamente al punto número 2.

Tiene la palabra la secretaria primera.

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Debate y votación de la proposición no de ley número 286, relativo a la realización de un estudio de seroprevalencia en el personal de los centros sanitarios y sociosanitarios, así como en las personas mayores de centros residenciales, para valorar la duración de la respuesta inmunológica y cuyo resultado sirva para la toma de decisiones futuras acerca de propuestas como la vacunación con tercera dosis, presentada por el Grupo Parlamentario Popular.

Para su defensa, por el Grupo Popular, tiene la palabra el Sr. Pascual, por un tiempo máximo de 10 minutos.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Gracias, señor presidente.

Señorías, traemos una iniciativa parlamentaria, una proposición no de ley en esta Cámara que a buen seguro algunos de ustedes considerarán que a estas alturas es no es pertinente, que ya está autorizada la tercera dosis en personas inmunodeprimidas, en pacientes trasplantados o personas mayores que están en residencias.

Y, más bien al contrario, adquiere más relevancia que nunca la proposición que traemos a esta cámara, porque realmente lo que ha abierto es el debate de la Administración, de la tercera dosis a otros colectivos, incluso la población general. Otros países ya lo están haciendo no sin una fuerte contestación, pero lo están haciendo y nada hace suponer que nuestras autoridades, basadas en la opinión de la ponencia de vacunas y la comisión de salud pública, cuya documentación nunca conseguimos obtener ni información de cómo toman las decisiones nunca lo sabemos por porque no dan explicaciones y que parecen moverse al son de modas más que otra cosa, pues ya se ha convertido en la norma de este Gobierno de la oscuridad, que no tiene transparencia y que no da explicaciones de por qué toma las decisiones.

¿Porque alguien sabe porque se ha administrado la tercera dosis a pacientes de tercera edad en las residencias? aparte de recomendaciones, ¿han dado alguna razón objetiva, con evidencias sólidas y solventes de por qué no sean las recomendaciones? Pues no han dado ninguna, y lo que es peor, no han dado ninguna, ninguna explicación.

En efecto, las recomendaciones de expertos yo no digo que no sean interesantes ¡líbreme Dios de afirmar tal cosa!, pero lo que sí es cierto es que en este momento no hay publicada evidencia solvente y suficiente para justificar esa decisión que no sea el ir poniendo el carro delante de los bueyes. Cualquier caso recientemente la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas publicó un posicionamiento realmente hace unos días que ratificó entre el cual se hablaba que efectivamente, en población inmunodeprimidas, pacientes que eran trasplantados y que reciben fármacos para evitar el rechazo del trasplante, o aquellos que tienen enfermedades inmunosupresoras, pues que en estas enfermedades evidentemente la respuesta se ve disminuida y que el riesgo, aunque no estaba demostrado, el riesgo de administrar la vacuna era mucho menor y por tanto hacían una lo que ellos entienden, una recomendación entrecuilladas recomendaban poner esta vacuna, pero en espera, sobre todo a la espera de que haya evidencias y que en todo caso debido a la especial situación de esos pacientes, no sería una tercera dosis, sino más bien una dosis de refuerzo para completar la primovacuna, la primera vacunación.

Y lo mismo ocurría con los trasplantados, con los pacientes en diálisis o incluso con los pacientes en tercera edad, lo que ya sugería también esta Federación de asociaciones médicas es que se hicieran estudios para ver la prevalencia, para ver qué ha pasado con la vacuna. Es cierto que el ministerio ha anunciado la realización de un estudio también, también hizo aquel primer estudio antes de administrar vacunas, del que nunca más se supo, mucha publicidad, mucha propaganda de que el Instituto Carlos III estaba haciendo el estudio SeroVac, y ahí se quedó, ahora han vuelto a anunciar el ministerio que iba a hacer un estudio para el estudio de la prevalencia de cómo están los anticuerpos en las personas vacunadas, pero lo cierto es que, aparte del anuncio, no sabemos más.

También algunas comunidades autónomas han anunciado hacer estudios, incluso Madrid, que ya hizo uno antes de comenzar la vacunación, va a repetirlo ahora para ver en el estudio y es, en definitiva, lo que desde el Partido Popular estamos proponiendo, que aunque se haya autorizado a las vacunas algunos colectivos puesto que está en el mirador en el frente, la posibilidad de que esa vacuna se amplíe a otros colectivos, como pueden ser los profesionales sanitarios o los



profesionales que trabajan en residencias e incluso la posibilidad del debate se abre a que se administre a toda la población general que, previo a ello el Gobierno de Cantabria a través de los institutos de investigación y de los excelentes profesionales e investigadores que tienen nuestros hospitales, inicie un estudio de seroprevalencia para ver la posición real de lo que está ocurriendo en Cantabria.

Recientemente, el viernes mismo, un panel de expertos que asesora a la Agencia Reguladora de Medicamentos en Estados Unidos, vino a recomendar que no, que no se vacunase sin antes hacer estudios de seroprevalencia. Israel y algunos países europeos que han empezado con las pacientes, pero el caso más paradigmático es Israel, que empezó ha empezado a vacunar a todo el mundo con la tercera dosis y, sin embargo, se encuentra, se encuentra con más de 7.500 casos diarios de incremento en una tercera oleada. Probablemente porque le tocaba la oleada, probablemente porque le tocaba la oleada y estas oleadas que se repetirán en todos los países y aquí pues según los expertos volveremos a tener algunos hace falta saber la intensidad, todos consideran que va a ser de baja intensidad, pero que vendrá otra vez porque los vacunados no están exentos de infectarse aunque no desarrolle la enfermedad, y por tanto vamos a tener el virus circulando, máxime cuando los hay países de nuestro entorno con porcentajes muy bajos de vacunación, los países del norte de África, con los cuales tendremos relación muy directa y con países del continente sudamericano que también tienen porcentajes de población muy bajo y también tenemos relación directa con ellos. Por tanto, es lo esperable que tengamos otras oleadas de este virus, aunque sean pequeñas.

Pero no vayamos muy lejos. Tenemos al doctor López Hoyos, el presidente de la Sociedad Española de Inmunología y uno de los científicos más importantes en el Hospital Marqués de Valdecilla, que es director científico del IDIVAL y él mismo acaba de publicar un artículo en una revista internacional donde dice que en la consolidación de los anticuerpos no se han publicado datos todavía consistentes en ninguna publicación científica que lo justifique, aunque entiende, entiende la decisión de poner la tercera vacuna, pero al final lo que vuelve a decir es que, ante el conocimiento de que los anticuerpos caen y en algunas poblaciones de vacunados mucho más que otros, lo importante sería hacer estudios de seroprevalencia.

En definitiva, lo que venimos pidiendo ya desde hace tiempo y es lo que planteamos en esta cámara. Instar al Gobierno a que realice los estudios de seroprevalencia antes de tomar posición, antes de ir al Consejo Interterritorial diciendo que defiende determinada posición como han ido. Lo primero es disponer de datos de nuestra región, yo creo que es algo éticamente responsable antes de promover, apoyar o adoptar propuestas más allá de las recomendaciones y por tanto a partir del resultado del estudio que surja de la población en general y de la población en centros sanitarios y sociosanitarios que son los profesionales con mayor riesgo, porque son profesionales de primera línea, a partir de ahí se tomen con luz y taquígrafos las decisiones de apoyar o de promover la administración de la tercera dosis.

Eso además este estudio serviría también para evaluar el comportamiento, especialmente en las poblaciones de mayor riesgo, que son las de las personas mayores que están ingresadas en las residencias, donde estamos viendo que desgraciadamente a pesar de estar vacunados, todavía surgen brotes y surgen situaciones en las cuales estas personas, bueno, en realidad son las que vuelven a llenar las UCI y vuelven a contabilizarse los fallecimientos, y por tanto, tener un conocimiento preciso de cómo están nuestras residencias, sería absolutamente vital desde el punto de vista de tomar las decisiones.

Por todo ello, les pedimos el apoyo a la presente proposición no de ley.

Nada más, muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Muchas gracias, Sr. Pascual.

El Grupo Mixto ha presentado una enmienda de modificación y para su defensa, tiene la palabra el Sr. Palacio.

EL SR. PALACIO RUIZ: Buenas tardes, señorías.

La cuestión sometida a discusión tiene dos, dos apartados. La primera de las cuestiones que se plantea es la necesidad de realizar en Cantabria estudios de seroprevalencia con el objeto de determinar si la vacuna genera efectos permanentes en el tiempo, en el tiempo o no, y efectivamente, saber si eso es así o no, genera un interés científico y médico enorme y que afecta a los miles de millones de personas que están vacunadas, pero necesitamos mucha más información para apoyar esto, porque la cuestión relevante es en qué medida el estudio que realizamos en Cantabria va a ser más fiable que el resto de los estudios que se están ejecutando.

La propia propuesta plantea que la Comunidad de Madrid ya tiene en marcha un estudio con una primera fase, que ya se ha ejecutado, y un segundo estudio que se va a realizar en los próximos meses. Se nos anuncia que el resto de comunidades autónomas también van a realizar estudios de este tipo. Estoy seguro que el servicio sanitario francés, que, a diferencia de tener 17 pequeños servicios sanitarios, tiene uno con mucha más capacidad de potencia y con institutos mucho más adiestrados en este tipo de estudios van a realizar el suyo, de la misma forma que lo van a realizar el resto de los países europeos, el resto de los países de lo que llamamos el primer mundo, la Agencia Europea del Medicamento, la Agencia Americana del Medicamento, y qué relevancia tiene el nuestro, quién lo va a realizar en el nuestro y es una de las cuestiones



que nos gustaría que nos contaran y qué valor va a tener y si el nuestro dado un resultado distinto del resto, ¿qué hacemos, descartamos el nuestro porque no va a acceder nunca a las revistas sanitarias o a las revistas científicas de primer nivel o valoramos el nuestro por encima del resto y seguimos una recomendación distinta a la de la Agencia Europea del Medicamento?

Esa es la gran pregunta, porque si resulta que en ese supuesto vamos a dar más credibilidad a los estudios mucho más potentes y con y realizados por institutos de investigación mucho más potentes pero que podamos desarrollar en Cantabria igual es un gasto, es un gasto un poco un poco erróneo. Si nuestro estudio asumimos directamente que no va a tener esa misma capacidad y que la muestra poblacional utilizada no va a ser tan numerosa como la del resto de los estudios, me gustaría saber por qué el estudio que se haga en Cantabria es necesario frente al estudio que se haga en Asturias o que se haga en Castilla o el que se haga en Madrid.

Y, efectivamente, se plantea también que hay una discusión enorme sobre la necesidad de una tercera vacuna o una dosis de refuerzo o de recuerdo a las personas inmunodeprimidas, ¿y a los sanitarios?, ¿por qué queremos incluir a los sanitarios en esta en esta propuesta? Porque si los sanitarios necesitan la vacuna del resto de la población también, porque el roce con un contagiado es accidental y aunque la probabilidad sea mayor en un trabajador sanitario sigue siendo, sigue existiendo una probabilidad en las personas no sanitarias, si la tercera vacuna debe ser así; tendría que ser para todos, mientras que aquí parece que lo acotamos exclusivamente a esta parte.

Lo que nos preocupa mucho más y a lo que nos oponemos es a que el estudio tenga como objeto justificar la vacunación obligatoria de los colectivos que se han planteado, sanitarios y personas mayores o de residencias. VOX defiende la absoluta libertad del individuo para decidir si se vacuna o si no se vacuna y la imposibilidad de que el Estado, la Administración, este Parlamento o cualquier entidad sanitaria obligue a la vacunación obligatoria, y se lo dice una persona que nada más pasar la enfermedad y en cuanto se abrió la posibilidad se vacunó, en ejercicio de mi libertad para hacerlo, pero VOX estará permanentemente en contra de cualquier Gobierno que pretenda plantear la obligatoriedad de estas medidas, podemos hablar de cuáles son las consecuencias de optar libremente por la posibilidad de no vacunarse, pero VOX siempre se va a enfrentar a la posibilidad de que esa vacunación se convierta desde el Estado en un tratamiento médico obligatorio, que es contrario a todas las doctrinas jurídicas que protegen los derechos fundamentales de las personas.

Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, Sr. Palacio.

Por el Grupo de Ciudadanos, tiene la palabra la Sra. García.

LA SRA. GARCÍA MARTÍNEZ: Buenas tardes, presidente. Buenas tardes, señorías.

Hace varios meses que desde la Federación Empresarial de la Dependencia se está pidiendo que se hagan los estudios de seroprevalencia que solicitan en la propuesta de resolución de esta proposición no de ley. Nos consta que como se dice en la exposición de motivos, en el Hospital Marqués de Valdecilla se ha realizado ya algún estudio y que desde hace unas semanas en alguna residencia se están tomando muestras a personas vacunas para ver qué porcentaje de inmunización conservan.

Si como se nos han indicado, parece que la vacuna va perdiendo poco a poco eficiencia, consideramos que no hay que perder un minuto en esta lucha contra la pandemia y más si cabe cuando hablamos del personal sanitario y de nuestros mayores y dependientes.

La realidad es que desde que se administró la segunda dosis de la vacuna, tanto en los centros dependientes y en residencias como centros sanitarios, han tenido un periodo de tranquilidad de más de siete meses sin apenas casos positivos. Sin embargo, la aparición de algunos brotes relacionados con la variante Delta en algún centro de dependencia, nos ha llevado a pensar que si es un hecho que la efectividad de la vacuna disminuye con el paso del tiempo y por tanto también la inmunidad del individuo.

No existen muchos estudios sobre la seroprevalencia poblacional, porque, como sucede con todo lo relacionado con esta pandemia estamos ante algo nuevo sobre lo que no sabíamos nada y sobre lo que vamos experimentando día a día.

Voy a destacar un estudio elaborado entre otros, por el Ministerio de Sanidad de Israel, la Universidad de Tel Aviv y el Instituto Israel de Tecnología. Como ustedes saben, Israel fue el estado que primero vacunó de forma masiva a su población y por tanto nos puede servir como referente en la evolución de la inmunidad en la ciudadanía en el tiempo. En dicho estudio se advierte que las tasas de infecciones por COVID-19 grave muestran un aumento estadísticamente significativo a medida que transcurre el tiempo desde la segunda dosis de la vacuna, las personas mayores de 60 años que recibieron su segunda dosis en marzo de 2021 estaban 1,7 veces más protegidas contra el COVID-19 que aquellas que recibieron su segunda dosis en enero de 2021, tres meses de diferencia señorías,



Estos resultados también se dan en similares proporciones en otros grupos de edad. Ante estos datos, como ya he dicho anteriormente, resulta evidente que la inmunidad que proporciona la vacuna va disminuyendo a partir de los 7 u 8 meses desde su inocuidad.

Por lo tanto, es necesario y urge que se cuantifique la duración efectiva de la vacuna, para poder tomar decisiones sobre si es conveniente poner a la población, o a parte de ella, una nueva dosis de la vacuna, o administrar solo una dosis de recuerdo.

Incluso para tomar decisiones de carácter político y jurídico respecto a la obligatoriedad, o no, de la vacunación lo fundamental es tener los datos, el estudio que se propone y que puede aportarnos mucha información.

La semana pasada, la Comisión de Salud Pública, foro en el que están representadas todas las comunidades autónomas y el propio Ministerio de Sanidad, propuso inocular una dosis de refuerzo a personas inmunodeprimidos, en el tratamiento oncológico, o con virus con el VIH. Y a los mayores que viven en residencias, a partir de octubre.

Algún grupo considerara, algún grupo considerara que, a partir de esta decisión del Comité, esta iniciativa ya no tiene sentido. Pero desde nuestro grupo parlamentario, desde el grupo parlamentario de Ciudadanos, creemos que la propuesta sigue en vigor; pues ahora hay dudas dentro de la misma Comisión acerca de la eficiencia de la vacuna, de la Janssen, frente a las nuevas variantes del virus. Y siempre se puede ampliar el estudio a otros colectivos donde la incidencia del virus pueda ser peligrosa. Esta decisión lógicamente se basará en unos estudios o informes.

¿Saben, señorías, de qué se quejan las residencias? De no tener suficiente información. Por eso es importante -y con esto termino- que se tengan estudios y que los datos que se obtengan se publiquen, para que los centros sanitarios y sociosanitarios tengan previstas las medidas necesarias para evitar contagios masivos.

Insisto, señorías, es necesario que se conozcan los datos. A nadie se le va a poner en el punto de mira porque la vacuna pierda eficacia, bastante han conseguido nuestros investigadores en un tiempo récord.

Sr. Pascual, desde el grupo parlamentario de Ciudadanos apoyaremos esta iniciativa. Ya que consideramos que la eficacia y la anticipación en medida de lo posible a las futuras olas del COVID-19 y sus consecuencias pasan por tener datos. Y por supuesto, compartir la información.

Buenas tardes y muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, Sra. García.

Por el grupo Socialista tiene la palabra la Sra. Salmón.

LA SRA. SALMÓN CALVA: Gracias, señor presidente. Buenas tardes, señorías.

Pues yo creo que en base a lo que he escuchado estamos de acuerdo. Vamos a estar de acuerdo todos los grupos en que es necesario realizar estudios, obtener datos e informes con idea o con la finalidad de tomar decisiones. En eso estamos de acuerdo.

Y que aparte de los estudios que se hagan a nivel nacional también es interesante los que se realicen en la comunidad autónoma y que pueden ser incluso complementarios. En eso también vamos a estar de acuerdo.

Lo que sí es cierto, y el Sr. Pascual comenzaba su intervención diciendo esto, es que quizá esta proposición no de ley pues llega un poquito tarde; bien por plazos, bien por registros. Pero sí que llega cuando se están haciendo las cosas.

Entonces, pedir que se haga algo cuando es cierto que ya se ha comenzado a hacer, pues es en lo que quizá ahí no vamos a estar tan de acuerdo.

Y es que el Instituto Carlos III, en coordinación con el Ministerio de Sanidad, ha comenzado en el mes de septiembre dos nuevos estudios científicos sobre la pandemia. Uno, sobre la enfermedad denominada: COVID persistente. Y el otro, sobre la inmunidad en residencias de mayores. Ambos estudios van a ofrecer unos primeros resultados a finales del último cuatrimestre del año, y vamos a ser capaces o se pretende ser capaces de definir exactamente a qué se llama COVID persistente, estableciendo un consenso diagnóstico que tendrá que ser puesto en común también con otros grupos de ámbito internacional.

Y por otro lado ser capaces de identificar a lo largo del tiempo cuál es la situación inmunológica del grupo de riesgo de las personas mayores que viven en residencias. Dos estudios: el COVID persistente, que pondrá en marcha una doble vía de análisis con el objetivo de garantizar un abordaje a corto y largo plazo. Un estudio que busca definir clínica y biológicamente este síndrome caracterizado por secuelas duraderas de la COVID y conocer su prevalencia en España.



Y los resultados de la investigación facilitarán las actuaciones necesarias en el Sistema Nacional de Salud para mejorar el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación tras la enfermedad.

Y, por otro lado, el estudio de investigación en las residencias, que pondrá en marcha el ENE-COVID Senior, una rama diferenciada con perspectiva de caracterización inmunológica del estudio nacional de seroprevalencia; el ENE-COVID, que se realizó en la primavera del año 2020. Se realizará en residencias de mayores y su objetivo será investigar si la inmunidad en personas mayores puede tener una duración diferente que en otras poblaciones.

El objetivo también es caracterizar el estado de la inmunidad frente al Sars-CoV de la población institucionalizada, en residencias de personas mayores en España, junto al personal que trabaja en ellas.

Pero es que aparte de estos estudios a nivel nacional, también desde la Dirección General de Salud Pública y Unidad de Vigilancia de la consejería de Sanidad en Cantabria se está completando la última fase del estudio de seroprevalencia entre los residentes de centros sociosanitarios de la Comunidad de Cantabria, con el fin de estudiar el grado de seroconversión e inmunidad celular alcanzada tras la inmunoprofilaxis. Ambos estudios complementarios.

La consejería de Sanidad, a través de la Dirección General de Salud Pública del Servicio Cántabro de Salud, está realizando un estudio de valoración de la respuesta inmunitaria la vacunación frente a la COVID, en personas institucionalizadas en residencias de mayores.

En enero de este año se planteó la necesidad de monitorizar el estado de inmunidad en pacientes institucionalizados, para lo que se estableció un protocolo de estudio de seroprevalencia de anticuerpos en nuestros mayores. En marzo, un mes después de la vacunación, se ha realizado un primer estudio de inmunidad a una muestra representativa de la población, en el que se ha obtenido que al menos un 97 por ciento del total tenían inmunidad para el Sars-CoV. Concluyendo que el efecto de la vacunación había sido positivo.

No obstante, y en el contexto actual se debate acerca de la posible tercera dosis de la vacuna, o dosis adicional. Que, por otro lado, y tal y como hemos estado observando en las noticias de estos últimos días, en el Consejo Interterritorial se ha tratado este tema de la denominada dosis adicional. Las comunidades autónomas han estado de acuerdo, igual de Cantabria, y se prevé poner en marcha la dosis adicional en el mes de octubre, comenzando por las personas que están institucionalizadas. Aunque es verdad que ya se comenzó con pacientes inmunodeprimidos, pacientes oncológicos.

Y seguramente que la priorización se realizará pues igual que ha ocurrido con la vacuna. No me cabe la menor duda que no se va a dejar atrás ni a los profesionales sanitarios ni a ningún otro colectivo que precise, por ser prioritario, de esta dosis adicional. Pero también entiendo que para esa toma de decisiones se debe de hacer estudios, se deben emitir informes y se debe de ir avanzando de una manera ordenada y por los expertos correspondientes, dentro del Consejo Interterritorial, para llegar al objetivo que creo que pretendemos todos.

En un único punto que no estamos de acuerdo es quizá en el momento y en la oportunidad de realizarlo ahora cuando ya se ha puesto en marcha.

Nada más. Gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, Sra. Salmón.

Por el grupo Regionalista tiene la palabra la Sra. Obregón.

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Muchas gracias presidente. Buenas tardes señorías.

Bueno, pues la verdad es que tampoco hay mucho que añadir, porque ya prácticamente se ha dicho todo.

Aquí por parte del portavoz Popular se ha indicado que esta presentación no se ajusta al tiempo en el que debería de ponerse en marcha, como ha dicho la portavoz Socialista, bien por temas de registro, o por atrasos de otro tipo. Y lo importante es que lo que se solicita en esta PNL ya se está llevando a cabo.

En general podemos decir que estamos de acuerdo en el planteamiento, en que es importante evaluar qué población ha desarrollado los anticuerpos y disponer de toda la información que sea posible para tomar decisiones en lo sucesivo.

Decisiones como ya se ha mencionado aquí, por ejemplo, la tercera dosis de la vacuna. En ese sentido, decir que desde el Ministerio de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III, ya en la primavera de 2020 se puso en marcha el estudio de seroprevalencia en el COVID. Y en septiembre de 2021 también el Instituto Carlos III, en coordinación con el Ministerio, ha iniciado dos nuevos estudios, que también se ha mencionado aquí: Uno sobre el COVID persistente y el otro, sobre la inmunidad, en residencias de mayores.



Citada en la PNL el Partido Popular, que en Madrid ya se había llevado a cabo también un estudio durante los meses de junio a agosto -creo que era- Y bueno, en concreto, en esa comunidad se puso en marcha el estudio SeroVac, en el que participaron 44 centros sociosanitarios, con 1.737 residentes y 1.204 profesionales.

Según sus conclusiones, el 96,8 por ciento de los trabajadores de los centros sociosanitarios de la región y el 95,6 de sus mayores residentes tenían anticuerpos tras recibir la vacuna Pfizer. Y en general, los resultados de este estudio científico son que, lógicamente, gracias a la vacunación se había percibido una mayor generación de anticuerpos en aquellos que había pasado el COVID.

Sin embargo, pues hay otras comunidades que ofrecen otras cifras contradictorias y más negativas. Por ejemplo, en los últimos días, en Andalucía se cifra en más de un millar los sanitarios positivos. Y también allí se pide un estudio de seroprevalencia.

Y ante esas incertidumbres está claro que todos los estudios que se lleven a cabo, pues arrojan información y luz sobre algo que como hemos dicho muchas veces en esta tribuna, pues es una situación totalmente desconocida, a la que solamente se puede ir atajando a base de observación y de estudios.

En definitiva, lo que tengo que decir es que por parte del Ministerio ya se están llevando a cabo esos estudios. En cuanto a Cantabria, desde la Dirección General de Salud Pública, y en concreto de la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, e Intervención, también se está completando la última fase del estudio de seroprevalencia entre los residentes. Y, por tanto, entendemos que lo que se pide en esta PNL se está llevando a cabo.

Es decir, no es que no estemos de acuerdo con lo que se pide, sino que como ya se está llevando a cabo, entendemos que no procede votar afirmativamente a ello. Pero ya digo que lo que es el espíritu de la misma, pues estamos conformes. Y lo único decirles que llegaran un poco tarde.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, Sra. Obregón.

Para fijar definitivamente su posición manifestándose sobre la enmienda presentada tiene la palabra el Sr. Pascual, por un tiempo máximo de tres minutos.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Gracias, señor presidente.

Voy a intentar responder a todos los grupos. Porque, aunque todo el mundo está de acuerdo va a votar que no. Pero bueno.

En cuanto a VOX. Mire, si el resultado da distinto al resto, pues habría que estudiar por qué. Pero ya tiene un valor, y tiene un valor muy importante que dé distinto al resto. Por tanto, no creo que sea malo.

Ahora ¿por qué es necesario? Porque hay que plantárselo. Mire usted, usted dice que no. Pero el riesgo de un sanitario es 750 veces más y mayor que el riesgo de cualquier persona normal: 750 veces más riesgo. Por tanto, no hablemos de que está en igualdad de condiciones, porque no lo está.

Aquí no se ha planteado la obligatoriedad para nada. Yo no he hablado en absoluto para nada de obligatoriedad. Es un debate que está en la calle, Italia y Francia lo han puesto para algunos colectivos y tal. Pero aquí en la enmienda y en este Parlamento no se ha hablado.

Y en cuanto a la enmienda que ha planteado, la verdad es que no se la voy a admitir porque recorta lo que nosotros pedimos. Y nosotros nos reafirmamos en todo lo que pedimos.

En cuanto al Grupo Parlamentario Ciudadanos Pues mire, el estudio que he mencionado de Israel es muy interesante. Pero resulta que a pesar de los datos que tuvo el estudio están en tercera ola: 7.500 diarios de incremento. Y no saben explicar por qué. Están ahora estudiando a ver si tratan de explicar el por qué, con un estudio importante que se hizo con 65.000 personas.

En cuanto al Partido Socialista. Pues mire usted, el estudio que ha planteado el Carlos III, por ejemplo, no incluye ni a personal de residencia ni a personal sanitario; por tanto, queda cojo. Nosotros estamos pidiendo eso. Estamos pidiendo más, no estamos pidiendo solamente a esto.

Y evidentemente que -ya lo dije al principio- llega tarde por ustedes de registro. Pues no tenemos actividad parlamentaria y cuando queremos llegar, pues llegamos en estas fechas. Pero nada más.



En cuanto al PRC. Pues, mire, lo que se solicita no se está llevando a cabo, porque solo se está llevando a cabo una parte; una parte nada más. Y llevar a cabo una parte, no es llevar a cabo lo que nosotros estamos pidiendo. Y porque además los estudios que se están haciendo, independientemente de que solo van dirigidos a residentes de tercera edad, son estudios sobre la inmunidad por anticuerpos. Y nosotros queremos que se haga un estudio sobre prevalencia completo, con inmunidad celular tal y como plantea el doctor López Hoyos, que es la que de verdad importa; la que de verdad va a quedar se en el tiempo no son los anticuerpos, que todos sabemos que van a desaparecer, sino la inmunidad celular. Que, en un futuro, dentro de dos o tres años, generarán anticuerpos, pero es la que nos queda. Y eso no se está estudiando. Queremos también que eso se estudie, porque eso marca la diferencia entre lo que podemos hacer y lo que no podemos hacer.

Y lo cierto es que, en este momento, a pesar de que estamos disminuyendo afortunadamente la incidencia de esta oleada y a pesar de que están disminuyendo los casos, en población vacunada mayor se sigue dando la mayor patología en los fallecimientos. Por tanto, debiéramos conocer en detalle los riesgos que tienen ellos y cuando hemos visto los casos, los brotes en residencias, hemos visto también al personal de las residencias, no solo a los mayores también al personal, porque creo, por tanto, sigo creyendo que es digno de considerar este estudio.

Nada más, muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, Sr. Pascual.

Una vez debatida la proposición no de ley número 286, pasamos a someter la misma votación.

Por lo tanto, ¿votos a favor de la misma?, ¿votos en contra?, ¿abstenciones?

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Doce votos a favor, veinte en contra y una abstención.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Por lo tanto, queda rechazada la proposición no de ley.