

SESIÓN DE LA COMISIÓN DE SANIDAD

(Se reanuda la sesión a las quince horas y cincuenta y un minutos)

3. En su caso, comparecencia del director general de Salud Pública ante la Comisión correspondiente a fin de informar sobre la situación epidemiológica actual, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. [10L/7810-0052]

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Vamos a esperar un poquitín a que la portavoz del PP y miembro de la Mesa del Grupo Popular se incorpore ¿no? Estoy diciendo que la miembro del Grupo Popular de la Mesa ha salido un secundín, vamos a esperar a que a que vaya entrando no estaba aquí hace un momento.

Bien, buenas tardes. Buenas tardes, señor director general y miembros de su equipo, que le acompañan, bienvenidos a esta Comisión y le agradecemos su solicitud de comparecencia para informar en esta Comisión de lo que tenga a bien informarnos hoy.

Buenas tardes, señoras y señores diputados, miembros de la Comisión. Reanudamos esta Comisión que, como saben, se inició esta mañana a la una y reiniciamos la sesión vespertina con la comparecencia del director general de Salud Pública y con un único punto del orden del día, que le ruego a la señora secretaria que pase a enunciar.

LA SRA. GONZÁLEZ REVUELTA: Debate y votación de la solicitud de comparecencia del director general de Salud Pública...

(Murmullos)

Comparecencia del coordinador en Cantabria... ¿esto qué es?

Vamos a ver si a la tercera ya vencida.

En su caso, comparecencia del director general de Salud Pública ante la Comisión correspondiente a fin de informar sobre la situación epidemiológica actual, presentada por el Grupo Parlamentario Socialista.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muy bien, muchas gracias.

Les informo a aquellos miembros de esta Comisión que están sustituyendo a miembros natos de que esta mañana, en el primer punto del orden del día, tal y como se han leído la Sra. González Revuelta, se aprobó la comparecencia del director general por unanimidad por asentimiento.

Pasamos entonces al debate tal y como estaba previsto en el orden del día, y aprobado esta mañana, nos regiremos por el artículo 186 del Reglamento de este Parlamento. La sesión empezará con una exposición oral del compareciente por un tiempo máximo de 30 minutos, aunque seremos flexibles, habida cuenta del interés de su comparecencia.

A continuación, existe la posibilidad de suspensión, si lo desean los miembros de los grupos parlamentarios para preparar las preguntas que quieran realizar en su intervención. En caso de que no lo haya, podemos continuar y, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 79. 2 del Reglamento, a continuación, intervendrán los portavoces de los grupos parlamentarios por un tiempo máximo de 10 minutos, empezando por el grupo solicitante, que es el Grupo Socialista. Y finalmente contestará el señor director general de salud pública por un tiempo máximo de 30 minutos.

De modo que sin ninguno de los señores portavoces y señora portavoz, señores portavoces de esta Comisión, tiene nada que añadir, señor director general, tiene usted la palabra cuando lo desee.

EL SR. WALLMANN: Muchas gracias, señora presidenta, señoras y señores, buenas tardes.

Comparezco en esta Comisión parlamentaria para dar cuenta de la evolución epidemiológica de la pandemia COVID 19 en Cantabria.

El 27 de febrero de 2020, inicio de síntomas respiratorios compatibles con COVID-19, una chica de 19 años, proveniente de Italia por primera vez en Cantabria. El día siguiente dio positivo por SARS-CoV-2, mediante PCR; fue nuestro primer caso, COVID en Cantabria. Desde entonces, han pasado 19 meses y hemos detectado unos 47.000 casos positivos, lo cual corresponde a un 8,1 por ciento de nuestra población cántabra. Eso corresponde a su vez a una media de 82 casos por día.

Pero por desgracia y como bien sabemos, SARS-CoV-2 no contagia, homogéneamente en el tiempo sino viene produciendo ondas epidémicas. En este sentido, y mirando las curvas que describe la incidencia acumulada en el tiempo a Cantabria ha experimentado seis ondas epidémicas, aunque normalmente nos referimos a cinco ondas, ya que fusionamos la segunda y la tercera, para ir sincronizados con España, pero esto es un matiz peculiar, un poco de nuestra comunidad.

Nuestros laboratorios de microbiología de Valdecilla, Sierrallana y Laredo han realizado el increíble número de 730.000 test PCR, a un total de 314.000 personas; eso es el 54 por ciento de la población cántabra.

Además, esta población ha estado expuestas múltiples variantes del virus, tres de ellos, generando un mayor impacto en la incidencia, la variante alfa, gamma y la última la delta, siendo esta la más transmisible y la más virulenta.

Se han producido unos 5.310 ingresos hospitalarios, 3.050 en Valdecilla, 1.540 en Sierrallana y 720 en el Hospital Comarcal de Laredo. Aproximadamente 600 pacientes han pasado por la unidad de cuidados intensivos, pasando una COVID grave. La edad mediana de los ingresos ha sido de 72 años en la hospitalización convencional y 67 años en la unidad de cuidados intensivos.

Un total de 612 personas han fallecido con o de COVID-19, 505 de ellos en los hospitales, esto es el 45 por ciento de todos los fallecidos corresponden a residentes de residencias sociosanitarias y el mayor número de fallecidos se ha producido durante las primeras tres ondas epidémicas, el 88,7 por ciento. La edad mediana de los fallecidos es de 83 años.

A día de hoy, el dispositivo de rastreadores que se han montado en Cantabria ha identificado y contactado con 135.000 contactos estrechos o causales; es casi una cuarta parte de la población cántabra que ha hablado alguna vez con algún rastreador. Y, además, esta unidad de rastreadores ha investigado y gestionado 4.285 agregaciones, los llamamos eventos, agregaciones de casos para controlar la expansión del virus.

También se ha creado una maquinaria digital de vigilancia epidemiológica que se nutre continuamente de 12 diferentes sistemas de información, y, genera información epidemiológica en tiempo real, (...) y, a su vez, nutre a seis aplicativos funcionales e informativas.

Hemos pasado por cuatro grandes fases de contención mediante medidas no farmacológicas de diferentes intensidades, obviamente, y entre ellos, un confinamiento total.

Y, finalmente, tan solo 10 meses después de nuestro primer caso detectado, se ha iniciado una inmunización masiva de la población, cántabra mediante la vacunación anti COVID, sin precedentes.

Bien, voy a centrarme ahora en esta última onda, la quinta que hemos experimentado y que ha tenido o tiene unas características muy diferentes a todas las ondas previas que hemos tenido, y eso principalmente por dos motivos. Primero, esta última onda está provocada por la variante delta, la más contagiosa y más virulenta en este momento. Y por el segundo motivo, que por primera vez ha habido un porcentaje considerable de personas vacunadas, eso nos ha facilitado de disponer de cohortes y bien diferenciados. Una, cohorte de la población vacunada y otra no vacunada. Y, por primera vez en la historia realmente hemos podido hacer observaciones para determinar la efectividad de unas medidas de contención como es la de la vacunación.

Lo veremos luego esos datos, que son muy interesantes.

Para empezar, esta onda, a efectos de registro para nosotros empieza o ha empezado el 16 de junio 2021, yo hasta el día de hoy no conozco a nadie que se esperaba esta onda tan pronta, tan pronto, pero así ha sucedido.

De alguna manera, podríamos hablar de que se dieron justo los ingredientes para una tormenta perfecta de supra contagio. Primero por la nueva variante que nos entró, justo empezaron a atisbar los porcentajes de variante delta y se produjo un crecimiento exponencial en las muestras que analizábamos. Variante delta, primero.

Segundo, se..., justo afina a principios de verano se produjo una entremezcla de redes sociales de contactos elevados. Eso hace que se generan una especie de puentes, a través de esa entremezcla de contactos, que facilitan un crecimiento exponencial más transmisiones a burbujas de contactos, que normalmente no se mezclan tanto.

Tercero, había una sensación de vencimiento de la pandemia, clarísimamente, todos estábamos esperando un verano tranquilo.

Y cuarto, había una falta todavía de cobertura vacunal en los grupos de edad más jóvenes, con lo cual se produjo un incremento diría explosivo en el grupo de edad inicialmente de personas de 20 a 29 años, muy seguido, por todavía más casos en el grupo de 10 a 19 años, un poquitín más tarde, el grupo de treinta añeros, para luego permear en los grupos de edades avanzadas.



Bien, esto, este inicio, pues, como he dicho antes, nosotros lo relacionamos desde el punto de vista de rastreo e investigación que hemos hecho, con estas fiestas alrededor de fin de curso. Se generaban situaciones en estas celebraciones, en discotecas, salas de fiestas y pubs que harán idóneos para generar macro brotes, y, efectivamente, así ha sido. De hecho, los brotes más grandes que hemos contabilizado son justamente de esos entornos, y superan hasta 300 casos relacionados a un único, a un único evento.

La tasa de ataque, además y eso es debido a la variante delta, ha sido superior y está siendo superior, o sea gente que participaban en estos eventos, casi el 20 por ciento se contagiaba.

Bien, estos digamos que por ahí en peso nuestra quinta onda, que a su vez tuvo luego su impacto en la hospitalización, aunque eso también es diferente a todas las sondas previas, tardó, tardó bastante, y eso es debido a que eran jóvenes, obviamente, y los jóvenes en términos generales no tienen una COVID tan grave como para que precisen una hospitalización, pero aun así por el mero número de casos que se generó, el impacto fue muy considerable y se notaba sobre todo en la edad media, que bajó radicalmente; algo que tampoco habíamos visto antes.

En las primeras semanas de impacto hospitalario, la edad media bajó a 46 años, tanto en la hospitalización convencional como en la hospitalización de cuidados intensivos, algo muy preocupante.

La edad media de esta onda en general es más baja, que todas las de hospitalizados, es más baja que en todas las rondas previas, es de 55 años y en este momento sí que ha incrementado otra vez está en 65 años, tanto en hospitalización convencional, como en la hospitalización de cuidados intensivos.

Pero lo más destacable -y esto es una de las conclusiones que podríamos extraer del impacto de vacunación- de esta onda es que el porcentaje de ingresos sobre el total de casos que se han generado ha disminuido, ha disminuido muchísimo.

Si en la primera onda el porcentaje de ingresos sobre casos era del 34 por ciento, caso, o sea, de 100 casos que detectamos, 34 iban al hospital ingresaban. Obviamente, eso estaba influenciado por la no disponibilidad de test ¿vale? Hay un pequeño sesgo ahí, pero lo que todo lo que vino después de la segunda hasta la cuarta onda, la relación de ingresos sobre casos era del 11,4 por ciento; elevado. Y en esta última onda ha disminuido hasta 5,4 por ciento; inferior, bastante inferior.

Es decir, a pesar de la -y esto otro matiz importante- de la incidencia acumulada increíble que había, o sea esta, nunca, jamás hemos visto una incidencia acumulada tan alta, a pesar de eso en relación con la incidencia, los hospitalizados, han sido menores que en ondas previas.

Bien, otro ámbito, que es de especial interés, ha sido siempre y lo es ahora mismo, es el ámbito de los centros sociosanitarios, que inicialmente aguantaron, muy, muy bien, de hecho, pues hasta el pico de la quinta onda consideramos que están en el 27 de julio, y hasta entonces, escaso, había casos en residencias sociosanitarias, pero justo en el momento de pico empezó uno de los procesos más considerables, y a día de hoy, en la quinta onda, hemos notificado o registrado 19 centros residenciales con algún brote.

También hay que matizar que un solo único caso de residentes en una residencia ya contabilizamos como un brote, ese centro, como el brote, pero sí que es cierto que había cuatro residencias con un número considerable de casos. De todos estos casos han sido 199 residentes y 50 trabajadores de centros sociosanitarios; ocho residentes y nueve trabajadores no presentaban ninguna vacunación.

Y durante la quinta onda en los centros residenciales se han producido 41 hospitalizaciones y 14 fallecimientos.

Aun así, si vemos el número de casos y número de ingresos es bastante menor a lo que es la fase de la tercera, segunda y tercera ronda, que ha sido de las más fuertes en residencias, después de la primera.

Bien, vamos a ver un poquitín más el efecto de la vacunación cómo, cómo ha afectado epidemiológicamente a nuestros casos. A día de hoy tenemos 80; el 81,6 por ciento de la población cántabra, está vacunada y el 78,7 por ciento ya tienen inmunización completa.

Este porcentaje sube si excluimos los no susceptibles a la vacunación, que son todos que tienen menos de 12 años y está ya en el 90,7 por ciento de vacunados y 87 en los inmunizados. Es un número top, o sea dentro de Europa, España, junto con Portugal o, por ejemplo, Dinamarca, está en el top de países vacunados, y es realmente un éxito y una muy buena noticia, sobre todo con la vista hacia el futuro y próximos variantes u ondas que nos puedan venir.

El resto de Europa redondea alrededor del 60 por ciento de inmunizados.

Sin embargo, la quinta onda, ese porcentaje no era tan elevado. Entramos el 15, el 15 de junio con solamente un 30 por ciento de personas completamente inmunizados y en el pico de la onda no alcanzábamos el 60 por ciento, alrededor de 58 por ciento.

¿Eso qué significa? Que sí que esta tasa baja justifica claramente el añadir otras medidas no farmacológicas en la contención de la onda.

Vale, en todo caso, de todos nuestros casos detectados en la quinta onda: 12.000 corresponden a personas no vacunadas, mientras 3.000 a personas vacunadas. Es decir, el 80 por ciento de todos nuestros casos son no vacunados. Y eso se traduce, si luego lo analizamos, la incidencia acumulada separada; o sea, una para vacunados y otra para no vacunado; los números son espectaculares.

Sabemos que casi alcanzamos una incidencia de 14 días, de 700 en el pico. Pues la misma incidencia, calculándola solamente con el colectivo de no vacunados, alcanzó ese mismo día 1.400 casos por 100.000 habitantes en los últimos 14 días. Este número es seis veces superior a la incidencia acumulada que alcanzó el colectivo de las personas vacunadas, que es de 230 en el pico. Es decir, 6 veces inferior.

Nos podemos imaginar que hubiese... O sea, más o menos nos podíamos imaginar cómo hubiese sido una onda, un coronavirus, una variante delta que se hubiese encontrado con una población mucho más vacunada. Obviamente, la incidencia no se hubiese disparado tal y como lo ha hecho. La curva hubiese sido muchísimo más plana, probablemente un poquitín más prolongada en el tiempo, pero muchísimo más plana. Y a consecuencia, pues con un impacto hospitalario muchísimo menos.

Y esto es otro dato muy importante que vemos en los datos que tenemos. Que el riesgo de ingreso en los usuarios... en los vacunados –perdón- es 6 veces inferior también, esta relación es de seis, 6 veces inferior comparando con los no vacunados.

Y ya llegamos –digamos- lo que sería una de las también conclusiones más importantes y más destacables de esta quinta hora, y es la tasa de letalidad que hemos visto en los últimos tres meses. Es considerablemente menor con respecto a las ondas previas.

¿Qué es la tasa de letalidad? Son el número de fallecidos sobre los casos detectados. Es diferente a lo que es la mortalidad, pero es lo que se maneja, sobre todo cuando el dato todavía no está del todo consolidado.

Si todo lo que no es la quinta ronda tiene una tasa de letalidad muy elevada, de 1,2 por ciento, en esta última ha sido solamente del 0,2 por ciento. Eso es digamos que la mejor noticia de todos, que en términos de fallecidos con respecto a la gran cantidad de casos que habíamos registrado no ha sido tan elevado. Y eso es gracias al despliegue de la vacunación y la efectividad que tiene esa vacuna.

Y con esto termino mi intervención. Muchísimas gracias por su atención.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias por su intervención.

Abrimos el turno de consulta a los grupos, acerca de si desean una posible suspensión. ¿Sr. Pascual, desea una posible suspensión? ¿Desea suspensión?... Que si desea la suspensión del acto. Bien... ¡Ah, perdón- No le entendía!

Todos los demás grupos también. Pues entonces continuamos con la intervención de los portavoces.

La señora portavoz del Grupo Socialista tiene la palabra, por un tiempo de diez minutos.

LA SRA. COBO PÉREZ: Gracias, señora presidenta. Buenas tardes, señoras y señores diputados de esta Comisión de Sanidad.

Quiero, en primer lugar, agradecer la comparecencia del Sr. Wallmann ante esta Comisión de Sanidad. Y también a la jefa de gabinete de la Consejería de Sanidad, a la Sra. Palazuelos.

Agradecer, Sr. Wallmann su presencia hoy en este hemiciclo, sus explicaciones y sobre todo el tono didáctico de su intervención. Además de felicitarle por el exhaustivo informe que ha presentado hoy ante esta Comisión de Sanidad.

Sabemos que preparar estas intervenciones suponen un esfuerzo extra ese desempeño habitual. Y nos agrada poder contar con el testimonio de un experto que nos ofrece una perspectiva exclusivamente técnica y profesional respecto a la pandemia y, sobre todo, al impacto de la pandemia en nuestra comunidad autónoma en Cantabria.



Hoy, desgraciadamente, tenemos que lamentar otros 2 fallecidos con COVID en nuestra región, que elevan a 611 el número de muertes en la comunidad autónoma desde que empezó esta terrible pandemia.

Se han diagnosticado 37 nuevos contagios. Y la incidencia acumulada sigue en descenso y se sitúa en 109 casos por cada 100.000 habitantes, a 14 días y en 48, a 7 días.

Y en los hospitales de Cantabria, hay 32 personas ingresadas, de las que 6 están en cuidados intensivos.

He querido repasar estas cifras para recordarnos a todos y a todas que, aunque en progresiva mejoría, el virus desgraciadamente sigue entre nosotros y sigue ocasionando dolor.

Como creo que ya hemos repetido en varias ocasiones desde hace meses, el proceso de vacunación en Cantabria y en el resto del país ocupa desde luego nuestros pensamientos y gran parte de la actividad parlamentaria en esta Comisión de Sanidad y en las sesiones plenarias.

Por ello es difícil a veces no repetirse en lo que se ha manifestado reiteradamente, y por eso comparecencias como las de hoy, eminentemente técnicas, son de agradecer.

A día de hoy, nuestra comunidad autónoma ya tiene a 475.000 personas vacunadas. De las cuales, 458.000 están ya inmunizadas.

Se han administrado 892.000 vacunas. Lo que supone que el 81,6 por ciento de la población esté ya vacunada. Excelente dato que aumenta al 91 por ciento entre los mayores de 12 años. Una evolución, la de este proceso de vacunación, que se ha mantenido constante en los últimos meses y que se ha ido afrontando en las circunstancias especiales que ido surgiendo, como la vacunación de los jóvenes con solvencia y con capacidad de adaptación al proceso. Una tarea de gestión sanitaria que pone encima de todo magnífica la inmensa labor de los profesionales de la salud de Cantabria.

Cantabria va razonablemente bien y se está haciendo un gran esfuerzo en vacunar. Y creo que conviene decir que estamos entre las cinco mejores comunidades de España en tasa de vacunación, según los datos del Ministerio de Sanidad. Y eso es gracias -y vuelvo a ser reiterativa- al esfuerzo de los servicios de salud y a sus profesionales.

Y en España hemos superado ya el 70 por ciento de la población vacunada frente al coronavirus, un hito en comparación con otros países; 33,37 millones de personas han sido inmunizadas con la pauta completa en 8 meses. Ninguno con una población similar o mayor: 47,45 millones de habitantes ha logrado vacunar más rápido. Y, además, y volviendo a Cantabria, en todos estos meses las tasas de incidencia, incluso inmersos en las diferentes oleadas del virus, siempre nos han permitido mantener el control sobre la capacidad asistencial a los enfermos de COVID.

Y por otro lado, en Cantabria se han realizado 722.000 pruebas diagnósticas dentro de los más de 57 millones realizadas en todo el país. Todo ello obedece desde luego a un esfuerzo de gestión y esfuerzos colosal -repito- de los profesionales de la salud, entre los cuales al propio compareciente de hoy, al doctor Wallmann, director general de Salud Pública.

Y a nivel nacional, las cifras también son en gran medida esperanzadoras. Aunque genera preocupación o al menos a mí me lo genera, el proceso de vacunación en la parte global. No hablo solo cuando me refiero a ello del entorno europeo, nuestro ámbito desde luego más cercano, sino de las preocupantes cifras de vacunación en gran parte del planeta.

Ayer, en esta sesión plenaria, el propio diputado del grupo Popular ponía en este sentido la mirada sobre Latinoamérica, por sus especiales vínculos desde luego con nuestro país.

Pues en este sentido y a modo de ejemplo, me gustaría recordar que España ya ha hecho entrega de más de 6 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19, a países de Latinoamérica, en cumplimiento del compromiso expresado por el presidente del Gobierno de España de facilitar hasta 22,5 millones de sueros en 2021 a terceros países y, desde luego, minorar así la brecha entre los llamados norte y sur globales en este aspecto. No es suficiente, desde luego, es un esfuerzo unilateral que suma pero que no debe quedarse desde luego ahí.

Porque esta brecha en un mundo global sin duda alguna retardada desde luego esta victoria definitiva sobre la pandemia y como señalaba la propia ministra de Sanidad, la Sra. Darías, ningún país y ninguna región estará a salvo hasta que todos estemos a salvo.

Nosotros, los socialistas lo hemos destacado en forma de proposición no de ley tanto en este Parlamento como en el propio Congreso de los Diputados, alguna medida en relación a la liberación de las patentes de las vacunas. Y siguen siendo muchos, desde luego, los temas a tratar; muchas derivadas de esta situación sobre las que el Grupo Socialista quisiera conocer su opinión profesional, doctor Wallmann. Sobre determinadas cuestiones, aunque algunas de ellas ya han sido referidas hoy aquí.

En primer lugar, hay una cuestión obvia. Y desde luego, Sr. Wallmann: ¿Cómo cree usted que va a evolucionar el coronavirus a corto y a medio plazo? Nos gustaría conocer su opinión sobre si realmente va a ser posible erradicar definitivamente este virus, o si habrá que contar con el golpeo de más ondas en el futuro. En definitiva: si tendremos que aprender a seguir variando nuestro modo de vida, o si podremos recuperar al cien por cien de nuestras costumbres de manera definitiva. Y en el caso de que se prevean nuevas oleadas: ¿Cuál cree usted que debiera ser el porcentaje de población inmunizado para estar preparado ante esa posibilidad?

Otra de las cuestiones que generan dudas razonables entre la ciudadanía es saber si serán necesarias más medidas restrictivas, aunque no haya colapso sanitario y tengamos a la mayoría de la población cántabra vacunada.

Y luego está también el tema de las dosis adicionales. La Comisión de Salud Pública, aprobada la semana pasada: ampliar el grupo de personas a las que administrar una dosis adicional de la vacuna de la COVID-19.

Hablamos de las personas con trasplante de órganos sólidos, los receptores de trasplantes de progenitores hematopoyéticos y las personas desde luego con ese tratamiento fármaco anti CD20. Estas personas creo que se unirán al resto de las que forman parte del grupo 7, aquellas con ciertos tratamientos inmunosupresores de muy alto riesgo. Y los residentes desde luego en centros de mayores, dado su perfil de fragilidad y desde luego convivientes en entornos cerrados. Me gustaría conocer desde luego su opinión técnica sobre este asunto.

Y, por otro lado, gran parte de la población se preocupa desde luego por los más pequeños. ¿Cree usted que habrá vacuna para niños menores de 12 años? Y creo que lo más importante: Si se podrá alcanzar la necesaria inmunidad del grupo con estas estrategias vacunacionales.

Sabemos que el grado de transmisibilidad del coronavirus que nos cuentan se mide por el factor R y que ha aumentado. Las variantes surgidas en estos meses junto con la alta carga viral que ha circulado en este verano, nos llevan a la posibilidad anunciada por el propio presidente de alcanzar ese 90 por ciento de la población vacunada.

En cualquier caso, creemos que ahora el objetivo es continuar con la campaña de vacunación para conseguir desde luego el mayor grado de cobertura poblacional posible. En ese empeño, creo que espero que compartamos todos y todas debemos centrar todos nuestros esfuerzos para este futuro inmediato.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias Sra. Cobo.

El portavoz del grupo parlamentario Mixto, no asiste a esta sesión tampoco. Así que procedemos a declarar su ausencia.

Y tiene la palabra el señor portavoz, señor diputado Marañón, portavoz del Grupo Ciudadanos. Por un tiempo máximo de diez minutos.

EL SR. MARAÑÓN GARCÍA: Gracias, presidenta. Buenas tardes, señorías.

Lo primero agradecer su presencia hoy aquí y la de su equipo. Y agradecer también sus explicaciones y los datos que nos ha facilitado, sobre todo en unos tiempos en los que vivimos de muchas medias verdades, rumores, y ese tipo de situaciones *fake* que nada más que generan incertidumbre. Pues se agradecen este tipo de comparecencias que siempre ahondan en una mayor transparencia y siempre es positivo.

Tenía pensado comentar algunas cosas, pero su intervención ha sido eminentemente técnica, básicamente nos ha hecho un relato de los datos que han ido sucediendo desde el inicio de la pandemia y además la portavoz que me ha precedido en el uso de la palabra ya le ha planteado numerosas cuestiones, así que no me quiero repetir.

Pero sí que he echado en falta en su comparecencia cómo han influido las medidas restrictivas, lo que se conoció como el semáforo COVID, en los datos, en la evolución de la pandemia. Nosotros desde el principio, cuando se implantó el semáforo COVID siempre hemos defendido que era un sistema que no nos gustaba porque nos parecía que no era eficiente o tan eficiente como podían ser otros modelos, y que además no se ajustaba a la realidad de nuestra comunidad autónoma, porque había veces que se podía cerrar un municipio o la hostelería en un municipio, pero no había ningún impedimento para que los vecinos de ese municipio fuesen al municipio de al lado a consumir en la hostelería.

Entonces entendíamos que más que solucionar el problema se movía de sitio y sí que me gustaría conocer, cómo han tenido efecto esas medidas restrictivas en la evolución de los datos, además porque también hemos visto situaciones un poco surrealistas, que es que en la misma semana se cambiaba de criterio varias veces respecto a las medidas restrictivas que había que implantar, y entiendo que esto puede suceder cuando es una situación desconocida. Pero ha sucedido este



verano no el verano pasado, cuando ya más o menos conocíamos cómo evolucionaba el virus, los efectos que producía y la incidencia que tenía que tener en la población.

Y la última cuestión que le quería plantear, que no se había planteado o que no se ha comentado hasta ahora creo, pues igual, bueno, ahora dudo, es lo de la tercera dosis, que se ha planteado ya en la Comisión de Salud Pública, que nos gustaría conocer su opinión a este respecto y por mi parte nada más.

Muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, Sr. Marañón.

Pero el Grupo Parlamentario Popular tiene la palabra el Sr. Pascual, por tiempo de 10 minutos.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Gracias, señora presidenta.

En primer lugar, quiero pedir disculpas por el retraso, cuestiones laborales normales, no me han permitido llegar a las cuatro menos cuarto.

En primer lugar, agradecer la presencia y la intervención del director general en esta comisión, el tono y... -se ha parado el reloj- el tono y la cantidad de datos que nos ha facilitado acerca de la evolución epidemiológica de la pandemia y su comparación con situaciones anteriores, y lo primero que tengo que señalar son dos cosas.

En primer lugar, que efectivamente la situación de la pandemia de la COVID mejora, creo que es un hecho objetivo, otra cosa es la evolución futura, pero en este momento es así. Y, en segundo lugar, que nos alegramos de ello, frente a los que nos acusan del cuanto peor, mejor, francamente, nos alegramos de que la pandemia pueda estar controlada y pueda ir mejorando, pero quisiera hacerle algunas consideraciones con ánimo constructivo.

Lo que hemos aprendido hasta ahora desde nuestro punto de vista, nos vale de mucho en cuanto a información, pero nos vale de poco en cuanto que la situación va cambiando, este virus es muy cambiante y nos lo viene demostrando, y probablemente, pues tengamos que enfrentarnos a situaciones desde una posición mucho mejor, porque tendremos población vacunada, pero nos tengamos que seguir enfrentando a situaciones de avance del virus.

Antes con 300 puntos de incidencia teníamos a todo el mundo encerrado, en esta última fase hemos, desde nuestro punto de vista, dejado campar al virus delta a sus anchas y hemos estado viviendo como si no hubiera pandemia, a pesar de que ha habido restricciones, a pesar de que ha habido, y muy fuertes en algunos sectores, pero, no obstante, en términos generales no ha habido confinamiento de la población con cifras muy altas también.

No es inesperado, por tanto, que una variante invada muchos países, ha pasado antes y volverá a ocurrir. Lo más probable es que este virus mute y tenga capacidad aumentada para infectar a vacunados o a los previamente infectados, aunque también lo más probable es que la morbilidad, la capacidad de generar enfermedad sea menor que la que han presentado hasta ahora.

Las vacunas, esto sí que me interesa dejarlo claro también de cara a la opinión pública. Las vacunas que se distribuyen en Europa, en Norteamérica, claramente funcionan en cuanto a limitar, no eliminar, la enfermedad grave y la muerte, y esto es un hecho constatado y, por tanto, no hay motivo para esperar que dejen de hacerlo, y esto es un mensaje claro a aquella gente que todavía tiene dudas para vacunarse. Hemos estado sin embargo dando muchas oportunidades a este virus, la lógica de nuevo es sencilla, cuánto más se transmite el virus, el SARS-CoV-2, más ocasiones tienen de mutar y lograr por puro azar un cambio para seguirse reproduciendo.

Se ha planteado en muchas ocasiones y se está planteando el debate de la tercera dosis, también quería saber un poco su opinión al respecto y la OMS nos está diciendo que, y creo que tiene mucho sentido, que lo que debemos es conseguir coberturas amplias en países pobres que tienen limitado el acceso a vacunas, porque además estos países generan inmigración en Europa, generan inmigración en España, de nada nos va a servir, no nos interesa a todos nos interesa eliminar el COVID cuanto antes y no creo que poniendo barreras podamos hacerlo. Pero si eliminamos solo el COVID en España o en Portugal, que tiene unas tasas también de vacunación altísimas, seguirá viniendo gente de países infectados, y al final tendremos también el COVID otra vez porque no lo vamos a poder evitar.

La experiencia de Israel también quería saber su opinión, me parece que genera dudas acerca, por ejemplo, de la tercera dosis, y no genera ninguna duda acerca de la necesidad de acometer estudios de seroprevalencia. Este país, que empezó a administrar la tercera dosis el 30 de julio ha venido teniendo cifras de contagio muy altas, a pesar de tener una altísima población, creíamos que era el país que iba a ser el espejo del resto del mundo a la hora de la de la vacunación para acabar con la pandemia y lo que estamos viendo es que les ha venido una oleada nueva. Probablemente tenía que venir, no lo sé, no soy experto en epidemiología, pero realmente en un país que tiene muchísima población vacunada, que está administrando tercera dosis, no deja de sorprender que las cifras de contagios hayan sido tan altas, y además esto se

ha repetido en otros países como Islandia, que también tenía una población muchísimo más vacunada y ha tenido otra ola, con esto quiero decir que probablemente este virus nos tenemos que seguir manteniendo la alerta en nuestro país ante este virus, porque su comportamiento no deja de sorprender, y probablemente surjan nuevas cepas que puedan entorpecer.

Y, teniendo claro una cosa que también es este otro mensaje social, teniendo claro que el efecto que va a tener sobre las personas vacunas va a ser muy pequeño y que el riesgo va a quedar para las personas no vacunadas o para las personas vulnerables y que probablemente no debemos olvidar que la vacuna protege cuanto a severidad de la enfermedad y riesgo de muerte, pero no protege de la infección, no es esterilizante la vacuna y evidentemente, probablemente, vaya perdiendo eficacia entre variantes, pero no es eso lo importante, es que lo importante es que probablemente los vacunados y los infectados nos comportemos como transmisores asintomáticos y los no vacunados sean los que realmente tengan el riesgo en las próximas en las próximas oleadas.

Por tanto, esto de pensar que vamos a estar libres porque alcanzamos el 80 por ciento, el 90 por ciento de pauta completa es desde mi punto de vista absolutamente ilusorio, porque la inmunidad de rebaño, la inmunidad colectiva es una ilusión, sabemos que es imposible porque es un término que se refiere a poblaciones homogéneas, que no es el caso. Es verdad que nos dan mucha cobertura, pero a lo mejor alegremente hemos estado hablando todos, todos, hemos estado hablando de la inmunidad de rebaño, creyendo que era y no hemos escuchado a algunos expertos en virología y en epidemiología que intuían ya desde el principio de que esto no, que tendríamos que ser prudentes, que teníamos que aplacar las expectativas que despertábamos con la inmunización, porque no era el caso, no estamos hablando de poblaciones homogéneas.

A la gente que no se había vacunado, no les va a proteger nada que los demás estemos vacunados, y este creo que también es un mensaje que hay que tener claro, aunque nos vacunemos el 80-90 por ciento con las vacunas las personas que seamos infecciosas asintomáticas e incluso vamos a constituir un riesgo para los no vacunados, tanto ahora sí, es cierto que probablemente se planteen nuevas olas o pequeñas olas a lo largo de los próximos meses, que deberán ser abordadas con tranquilidad y que, evidentemente, la experiencia nos ha demostrado en los centros de mayores, cómo objetivamente esta población vulnerable en cuanto aparece el virus se rápidamente tenemos un brote y tenemos consecuencias también clínicas, precisamente por ser por ser población vulnerable, pero que se pueden controlar rápidamente y que se pueden aislar, esa es la facilidad que tienen.

Otra cuestión a parte es estas personas mayores vulnerables, que no las tendremos en centros residenciales, y ahí creo que el trabajo que queda por hacer es muy importante y creo que las limitaciones que tiene, -perdón- las limitaciones que tienen la Atención Primaria por la gran presión asistencial que hay, pues realmente les va a dificultar y quería saber también su opinión acerca del planteamiento con estas personas que están fuera de círculos tan cerrados como son las residencias, y que en un momento determinado pueden no puede que no llegue el sistema sanitario con la eficacia que tenía que llegar hacia ellos.

No quiero hablar de la gestión pasada. Creo que eso es para otro debate en otro momento y ya se planteará cuando se haga un balance general de lo que ha ocurrido, y creo que en esta comisión su intervención en un tono técnico y constructivo, nos tiene que dar pie a que la comisión siga avanzando en ese sentido y dejaremos para otros niveles de discusión cuestiones que tienen más que ver con la política general sanitaria o con la gestión política, no con la gestión sanitaria que se ha hecho esta crisis.

Nada más, muchas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, Sr. Pascual.

El Sr. Ortiz, portavoz del Grupo Parlamentario Regionalista, tiene la palabra por un tiempo máximo de 10 minutos.

EL SR. ORTIZ URIARTE: Muchas gracias, señora presidenta. Buenas tardes, señorías, miembros de la comisión. Muy buenas tardes y bienvenido, señor director general de Salud Pública, Reinhard Wallmann.

Como siempre no ha cambiado un ápice su forma de expresarse desde aquellos primeros meses de la pandemia en la primavera del año 20, cuando vino aquí a darnos cuenta de lo que se nos venía encima y de cómo íbamos a tener que afrontar una pandemia que iba a tener un impacto brutal y que desconocíamos, en los tiempos aquellos en los que no había mascarillas, no había vacunas, el tiempo ha pasado lento y deprisa a la vez, ha pasado lento porque ha habido mucho sufrimiento, mucha lucha, mucho trabajo encomiable por supuesto, hay que reconocer una vez más el esfuerzo que se realizó por parte de todo el personal del Servicio Cántabro de Salud, desde los médicos de Atención Primaria hacia todo el personal de transporte y, por supuesto el personal de los hospitales. Hay que remarcar una vez más aquí, y por supuesto también en todos los estamentos, hay que hoy hacer también un especial reconocimiento a las personas que habéis trabajado dentro del ámbito de la Salud Pública, que no siempre habéis salido bien parados en los comentarios de la calle y de este mismo hemisiciclo.



Hoy lo decía el Sr. Pascual, que hoy el tono de la conversación es otro, cuando nos centramos en los aspectos técnicos y viniendo el doctor Wallmann siempre nos centramos en aspectos técnicos, dejamos de lado los rifirrafes y ponemos en valor realmente los datos en positivo. El lujo de detalles y de números con los que nos ha regalado los oídos, no merecen comentario, salvo para demostrar una vez más que en Cantabria las cosas han hecho bien.

Yo me voy a quedar con su frase última, que parece que venía a poner el colofón a una historia de lucha y sufrimiento, “la vacuna es efectiva”, con eso ha concluido, y yo creo que podría ser casi hasta el título del libro, la vacuna es efectiva y Cantabria estamos en el top de Europa en cuanto a número de vacunas administradas a la población. Estamos en unos números encomiables y ya se dijo por parte de los máximos responsables del Gobierno de esta región, que si había vacunas se ponen las vacunas y se pondrían rápido, y realmente se ha demostrado que, al margen de otras medidas no farmacológicas, como dice el doctor Wallmann, la vacuna era la solución y lo estamos y lo estamos viendo.

Ha descrito también con mucho detalle lo que ha sido el impacto, las consecuencias y las especificidades de la quinta ola o la quinta onda epidemiológica como usted dice, y que vino demasiado pronto, a lo mejor no nos la esperábamos tan pronto y confluyó con el inicio del verano, el fin del curso escolar, todavía una vacunación que, sin bien llevaba unos buenos números hubiera sido deseable probablemente estar ya en el 80 por ciento y no estar rondando el 60 por ciento de la población vacunada, es decir, que la verdad es que el verano, desgraciadamente en términos de contagios no lo esperábamos desde esta manera, pero hoy a lo mejor ya podemos empezar a pensar que sí, que esta quinta ola ya está vencida y claro se nos plantean preguntas y dudas, porque el relato de los hechos pues es inapelable, yo creo que le conocemos porque lo hemos vivido, pero ahora se nos plantean interrogantes, se nos plantean interrogantes qué va a pasar a partir de ahora.

Realmente, ¿nos tenemos ya que olvidar de la pandemia del COVID?, ¿vendrán nuevas variantes?, ¿habrá más olas, podemos encontrarnos una sexta, una séptima?, ¿se va a dilatar en el tiempo? Eso son dudas que bueno no sé si tienen respuesta en términos de probabilidad, pero nadie mejor que el doctor Wallmann, responsable de Salud Pública, para podernos dar su opinión científica y técnica.

Una pregunta de andar por casa importante, ¿para cuándo podemos empezar a pensar en olvidarnos de la mascarilla?, algo que ya lo hemos hecho de uso común y es sorprendente como cuando nos han dejado o permitido quitarnos la mascarilla en los espacios abiertos, la mayor parte de la población no nos la hemos quitado y ahora que viene la gripe o supuestamente debería ser el momento de que viene a la gripe, si no es de aquí a unos meses, pues a lo mejor tampoco es el momento de quitar las mascarillas, a ver si no vamos a encontrar el momento de quitar la mascarilla, no lo sé, ¿cuál es la opinión del doctor Wallmann al respecto?, el momento propicio en el que ya podríamos empezar a olvidarnos de poner la mascarilla tanto en lugares abiertos como lugares cerrados.

La pregunta que voy a trasladar ahora yo creo que ya se ha hecho por distintos intervinientes anteriores y es la opinión del doctor Wallmann respecto a la administración de una tercera dosis, conveniente o no es conveniente. Habría que extenderla a más ámbitos de la población que los que ahora mismo ya ha dictaminado la Comisión Interregional de Sanidad.

Otra cuestión que salió aquí ayer en el pleno del Parlamento de Cantabria, estuvimos hablando del COVID persistente, y yo no sé, me imagino que sí, que la Dirección General de Salud Pública tendrá algo que decir al respecto de qué acciones serían recomendables para atender a este COVID persistente a partir de ya.

Por otra parte, también otro asunto que está en los debates es el tema de la obligatoriedad de la vacunación. Se ha planteado en algunos países y para determinados funcionarios públicos o servicios esenciales la obligatoriedad de la vacunación, en España no ha llegado a darse el caso, pero bueno, cuál es la opinión de del director general de Salud Pública en este aspecto ante el riesgo que supone que haya un cierto número de la población, que espero que sea pequeño, yo creo que va a ser pequeño en Cantabria, pero que bueno, que ha decidido no vacunarse y bueno, pues a lo mejor están ocupando puestos sensibles para con otra parte de la población. Estoy pensando en residencias geriátricas, en residencias de mayores, en los que, bueno, si libremente algún trabajador o incluso algún usuario de la residencia ha decidido no vacunarse, evidentemente, es un riesgo y ahí se confrontan dos principios fundamentales de los que se hablaba aquí ayer, por una parte, la libertad personal de cada uno, por otra parte, el interés general de toda la población.

Y, si me permite, una última cuestión, doctor Wallmann, en atención a las consecuencias psicológicas de toda esta pandemia. Se comenta, se dice que existe un riesgo o post COVID que afecta en general a toda la población, pero que a lo mejor tiene una incidencia más acusada en la población más joven respecto a la carga psicológica que esto ha supuesto a estas personas, y realmente si esto debe de ser atendido por las autoridades sanitarias de alguna manera cuando entiendo que ya estamos pensando en haber acabado ya definitivamente con el COVID.

Y nada más, agradecer de nuevo su presencia, que es un placer tenerle en el Parlamento de Cantabria siempre explicando sus disquisiciones técnicas y quedamos a la espera de sus respuestas.

Muchísimas gracias.

LA SRA. PRESIDENTA (De la Cuesta Aguado): Muchas gracias, Sr. Ortiz.

Para contestar el señor, el doctor Reinhard Wallmann, tienen la palabra por un tiempo máximo de treinta minutos.

EL SR. WALLMANN: Bueno, muchas gracias por vuestras palabras. Por lo bien que acogéis siempre aquí. La verdad que le estoy empezando a coger el gusto... (risas) Es broma. La verdad que le dormido poco; pero bueno, también me ha servido mucho para reflexionar, ese ejercicio es importante, revisar un poco todo, toda la historia. Miles de cosas que han sucedido, es realmente... O sea, es increíble.

Yo como especialista en medicina preventiva, pues esta onda en ese sentido profesionalmente ha sido de lo más. Desde el desarrollo puramente profesional, dicho en el ámbito de aplicación técnica y como como especialista. De estar involucrado en el desarrollo del sistema de vigilancia, de ver una pandemia de cerca. Realmente ha sido una experiencia muy importante en mi vida y que no olvidaré nunca.

Bien, voy a intentar entrar un poco en las cuestiones que me habéis planteado, que son muy interesantes. Y, obviamente, de reflexión necesaria.

¿Cómo va a evolucionar el coronavirus en el futuro? ¿Va a ser posible su erradicación? En ese sentido, pues hay múltiples especulaciones. Pero digamos que la idea de que va a ser posible erradicar el virus, de momento no está realmente ganando importancia. Tampoco su eliminación. Más bien el escenario que se nos plantea ahora mismo es más bien una especie de cohabitación inmunológica con el virus.

¿Eso qué significa? Significa que, de un estado de pandemia, entramos ahora en una fase de endemia. En la cual puede haber una actividad basal del virus; o sea, una incidencia que quizás nunca es cero, vaya a niveles bajos, alrededor de 20, 30, 40, con algunos picos, algunos *blaster* o brotes que se pueden generar, que pueden provocar pequeñas ondas de incidencia, incluso de hospitalizaciones. Pero en todo caso estoy hablando del entorno español y de Cantabria, en concreto, es de esperar que, en un futuro, si – y eso es importante- el virus no se presenta en variantes radicalmente diferentes; que lo que hemos visto hasta ahora, todas las variantes han sido susceptible a la vacunación; es decir, la vacunación no ha perdido su efectividad, ha perdido un poco pero no una gran magnitud de efectividad, no la ha perdido. Si esto no cambia, en principio el futuro se nos plantea bien.

También es cierto que... O sea, qué es de esperar el virus, qué estrategias tiene él para ganar esa guerra que tiene contra nosotros. Por un lado, está esa ganancia en transmisibilidad, que ha logrado de manera muy sorprendente para muchos con la variante delta. Estamos hablando de una tasa de reproducción parecida a la de varicela; una R basal de 9. Este sí que es una es una transmisión aérea. Si os acordáis bien, inicialmente siempre se hablaba: es una transmisión por gotitas, gotitas... y estamos limpiando superficies como como aquí mismo Pues igual esto. Esto se ha demostrado que no es una principal fuente de contagio ya. Es el aire. O sea, esto ahora mismo hablando aquí genero unos aerosoles que se quedan suspendidos en el aire, y pueden estar aquí un tiempo prolongado, incluso no tengo que estar ni en este habitáculo, y puedo seguir transmitiendo. En el sentido que se queda aquí el virus; yo me voy y el virus se queda.

Pues esto lo ha perfeccionado muy bien la variante delta. Entonces también es de pensar que es un organismo biológico. En algún momento tiene sus limitaciones y conocemos pocos patógenos que son todavía más contagiosos. Por aquí no es de esperar, es muy probable que no haya unos cambios excesivos hacia más transmisibilidad. Más bien para los próximos años va a ser interesante seguir aquellas variantes que son capaces de evadir esa efectividad vacunal, que se escapan de los anticuerpos y la inmunidad celular que hemos adquirido a través de enfermedades pasadas, o a través de la vacunación.

Por lo tanto, es muy importante que seguiremos vigilándoles. Y vemos también pues si se va a imponer alguna de esas variantes, que pueden ser una mezcla entre una delta muy contagiosa y a su vez (...) del sistema inmune. Cosa que es interesante como dijo César Pascual. Si se mantiene ese desequilibrio en el despliegue de la vacunación mundial, si seguimos teniendo países donde el virus puede contagiar o transmitirse sin encontrar barreras vacunales, obviamente le damos más oportunidades para mutaciones y para generar más variantes.

Inmunidad de grupo, ya lo he dicho varias veces, creo que con la efectividad actual que se ve de la vacuna, aunque estuviésemos 100 por 100 vacunados, pues al virus le queda todavía la opción de permanecer. Otro argumento para decir que la erradicación de momento no es factible.

Tema de dosis adicionales y su justificación en residencias, e inmunodeprimidos; lo habéis preguntado todos. Voy a empezar por el tema de residencias.

Nosotros, como he dicho antes, hemos experimentado cuatro grandes brotes en esta onda de jóvenes y vacunados, a pesar de tener prácticamente, o sea casi el 100 por 100 de los residentes completamente vacunados; o sea, inmunizados.



De hecho, realizando y entrando un poco más en los datos, a mí me ha sorprendido que a pesar de esta inmunización, el porcentaje que generaban esos casos en residencias se ha mantenido relativamente alto. Ha sido menor, bastante menor; o sea, si en la en las ondas previas: el 44 por ciento de casos de residentes acababan hospitalizados. Es lógico, son los más mayores, los más vulnerables y muchas veces tienen patologías adicionales que hacen que la evolución es más grave. Y en esta quinta ola, el porcentaje de ingresados sí que se ha mantenido en un 32 por ciento. La reducción de riesgo solamente ha sido del 26 por ciento. Yo me esperaba una reducción del 60 por ciento. O sea, bajar el 15 por ciento y no ha sido el caso. Y eso para mí ha sido considerable. Y por eso siempre votado a favor de cuanto antes desplegar y hacer una dosis adicional en las residencias.

Porque el impacto que tiene un brote en las residencias, tanto psicológicos, tanto económico de la propia residencia, el esfuerzo que tiene que realizar como el impacto en salud y letalidad, supera muchísimo el coste que significa pues ir otra vez, y ponerles una dosis adicional.

También este comentaba que hemos en Cantabria ya al poco de terminar con la vacunación en residentes hemos hecho un estudio de seroconversión en los residentes, hemos ido a cogerle sangre a 634 residentes y hemos mirado como de bien han seroconvertido, si han generado anticuerpos contra SARS-CoV-2, o sea contra la proteína S del coronavirus. Se lo hemos hecho una vez y ahora lo hemos repetido, estamos acabando con esta segunda ronda del estudio y les hemos vuelto a coger sangre.

¿Y qué es lo que se está mirando ahí? Pues está mirando, ha generado anticuerpos y en la segunda ronda pues se mira si ha perdido anticuerpos, y es el caso.

Si en la primera vuelta solo había 12 residentes que no han generado anticuerpos, ninguno. En ésta que hemos repetido ya han sido 35. Y ahora se está mirando, está sin concluir todavía, pero en breve vamos a obtener resultados definitivos, también se está mirando si estas personas que no han seroconvertido han generado una inmunidad celular o no.

En todo caso, y eso es, está muy comprobado, que la inmunidad esterilizante, es decir una inmunidad a nivel de la mucosa en ancianos o los pacientes mayores es muy, muy difícil de alcanzar, y si se alcanza, se pierden seguida. Eso son anticuerpos, que están ahí muy poco tiempo, y eso tarda para consolidarse una inmunidad a nivel de mucosa tarda, requiere o un (...) o requiere un contagio o una infección adicional hasta, o sea requiere que impacte varias veces hay un estímulo del antígeno, como se dice en la mucosa para que a la mucosa vayan esas células inmunitarias, colonizan estos y tengan aquí una defensa potente a ese nivel.

Mientras no conseguimos eso, va a haber contagios en personas vacunadas también, de hecho, es lo que estamos observando sí que haya un matiz que es muy importante es diferenciar entre caso positivo y una persona infectada. Aquí hablamos siempre casos positivos como si fuesen infecciones, y no es el caso. Tenemos una máquina de rastreo y detección de casos de personas, rastreamos personas que han sido contacto con casos, y así detectamos muchos asintomáticos, así te detectamos aquellas personas que dan positivo, aunque están vacunados, pero la mayoría de ellos no presentan síntomas, y así les vemos y las contamos como infección fallo vacunal. No, no, eso no es un fallo vacunal, es una colonización transitoria en la mucosa sin más, sin más.

Y es un poco también el escenario el que nos va a esperar el futuro, que vamos a incorporar el coronavirus en nuestro portafolio de resfriados, que vamos teniendo va a ser muy probable que todos nosotros vamos a tener contacto con ese virus y si estamos vacunados de ese contacto para ser una cosa, pues sin mencionarla. Cuando coloniza brevemente nuestra mucosa y eso se está también viendo sí que una persona vacunada también puede transmitir el virus a otros, puede generar brotes. Hay un nuevo recién descrito en Alemania, en una discoteca donde entre los 350 participantes había un macro brote eran todos solo dejaban entrar a personas vacunadas y aun así se generaron un brote de más de 80 casos, y esto demuestra eso que por poder el virus puede ir propagándose en la población vacunada.

Bien, más preguntas. Vacunación en niños de menos de 12 años, están en marcha los estudios es muy probable que esa vacuna, que se utilizara la vacuna de mensajero RNA pues va a venir, van a venir las dosis son de menor concentración del antígeno, y en ese sentido van a ganar en seguridad probablemente y van a ser muy útiles para también cerrar ese CAP, ese colectivo de susceptibles potencialmente propagadores del virus. Y en ese sentido, esa vacuna es útil para evitar la propagación en la población.

Pero bien indicación propia en niños eso también nos pasó ahora mismo de 12 a 19 años realmente no tienen tanta, por eso también en muchos países es controvertido el tema. En Inglaterra, por ejemplo, pues son más, tienen más dudas con ese tema de vacunar a jóvenes por indicación poblacional más bien.

Aquí me he apuntado una cosa que es con la mayoría de la población va con nada si se puede evitar un colapso sanitario. La relación es clara, cuanto mayor tasa de vacunación, menor tasa de incidencia y menor tasa de hospitalización.

Bien, ¿cómo han influenciado, influido -perdón- las medidas no farmacológicas, las medidas restrictivas en la evolución de la, de la pandemia. Bien aquí es importante resaltar que todas esas medidas que se han impuesto se pasan

de entrada en una evidencia científica, que es, que existe, no cabe duda, y que esta además plasmada en el documento de acciones coordinadas, el DAC, que nos viene del Ministerio; es cierto que nosotros esto no hay poco margen de ser creativo o de inventarse cosas, más que nada porque para un patógeno respiratorio que se transmite vía aire, pues las medidas farmacológicas son las de siempre.

El tema es cómo se traslada esto, luego en la sociedad, y ahí pues eso nos atengamos a nos agarramos o utilizamos esas medidas propuestas recomendadas por el Ministerio y las ponemos en marcha.

Y es muy, como he dicho antes es muy difícil de evaluar su impacto, es muy difícil, porque, como causas primero se solapan entre ellos vale, o sea, él ponía un toque de queda cerrada el interior de hostelería más reducido los grupos todo esto en el fondo, pues cada uno de esos efectos, de esas medidas tienen un efecto claro, y es el de reducir las interacciones sociales no son tan fácilmente separados unos de otros. Y luego en la investigación científica, para realmente comprobar si una medida tiene un efecto es muy importante tener un grupo de control con el que me puedo comparar y decir mira, a este grupo le ha aplicado las medidas y a este otro no, todo lo demás ha sido igual, y ahora puedo ver cuál es la diferencia del efecto, y eso con medidas no farmacológicas imposible de realizar y en un entorno real como es Cantabria, no se puede poner a la mitad de los cántabros una medida no farmacológica y la otra no. Pero sí que podemos observar y describir lo que sucede.

Y así por ejemplo con el ocio nocturno, que ya lo he comentado que hemos tenido unos macro brotes de los más grandes y múltiples, en el momento se decidió pues, cerrar estos estos establecimientos en todos los municipios de nivel 2, sí que hemos observado clarísimamente una disminución de esos brotes, había muchos menos y muchos menos casos es uno de los ejemplos.

Bien, el tema de la incidencia acumulada 300, con 300 hemos cerrado y ahora estamos abierto con 300. Es primero decir la incidencia acumulada de la primera onda en 300, probablemente era de 700 o de 1.000, porque había un claro info registro de casos. Así todo, así todo, vamos a tener un claro cambio de enfoque, tenemos que cambiar un poco el chip hacia el paradigma, porque hasta ahora nos hemos quedado siempre con ese indicador de la incidencia acumulada, pero como eso tiene que ver con la vacunación, con lo que he descrito antes que se puede transmitir en vacunados pero no es para tanto, no va a ser para tanto en vacunados, poco a poco nos tenemos que ir despidiendo de la incidencia acumulada como indicador para imponer medidas no farmacológicas.

Hay que despedirse, no digo que hay que no contabilizarlas, eso nunca y nos va a servir siempre como primera campana de alerta y lógicamente, hay que observarlas, pero sí que va a haber una especie de desarticulación entre el indicador de transmisión comunitaria y la de ocupación hospitalaria, que es la que va a ser la clave. Puede haber una transmisión comunitaria muy alta, pero si no impacta en el sistema sanitario no justifiquen unas medidas tan drásticas como las hemos visto ahora.

De hecho, en esta última onda inicialmente era así y por eso también eso es, además, esto es lo que es bueno del sistema de semáforo de España, por así decirlo, porque lo único que hemos hecho con el semáforo en Cantabria equivale al nivel de municipio, pero el semáforo como tal es el conjunto de indicadores que se utilizan para establecer un nivel de alerta, pues se utiliza para toda España a nivel de comunidades.

Y en ese sentido, este algoritmo de establecer un nivel de alerta bajo mi punto de vista siempre ha sido muy bien calibrado y muy bien pensado porque tenía, y eso es muy importante siempre como condición, el bloque de ocupación hospitalaria había que tener por lo menos uno de estos indicadores, sea la hospitalización convencional o la de cuidados intensivos, en un nivel elevado, en un nivel elevado para establecer un nuevo nivel de riesgo. Bien, entonces si mientras la ocupación hospitalaria no es alta, pues la incidencia acumulada se puede dejar correr.

Aquí tengo el tema de tercera dosis otra vez, esto ya lo hemos comentado.

COVID persistente, COVID persistente esto ya se veía, se veía ya hace, creo que ya hace un año ya se hablaba de que hay personas que a pesar de haber pasado la COVID meses después todavía presentan algunos síntomas, como pueden ser dolor de cabeza, falta de concentración, insomnio o al revés, o sea cansancio prolongado, etcétera. Ciertamente es que es muy difícil realmente diagnosticar eso, porque son a veces síntomas, no demasiado concretos podemos, entre los estudios que hay, pues tienen ese tema que a veces solamente con un único síntoma que aparece, cansancio, es decir, si es por eso yo soy un COVID persistente y ya se pronostica como COVID persistente.

Entonces lo primero que haría falta es una clara definición para diagnosticar esa enfermedad que sin lugar a duda existe, que sin lugar a dudas hay que prestarle mucha atención y, sin lugar a dudas hay que atenderla en condiciones. En este momento en Valdecilla ya existe una consulta en neumología que atiende a esos pacientes y tenemos la atención primaria, que obviamente también va a atender a estos pacientes, y vamos viendo cómo evoluciona, cómo evoluciona ese ámbito de investigación y cómo se puede de manera adecuada atender esos pacientes. No me cabe duda y es muy importante.



Tema de vacunación obligatoria en España esto lo voy a contestar como especialista de medicina preventiva que soy, y en ese sentido es muy tentador decir que exista esa obligatoriedad, ya que la vacunación es una gran medida para prevenir enfermedades, eso no lo niego y se ha demostrado a través de la historia de la evidencia científica a lo largo de la historia de la medicina, pero también creo que hay que ser realista y todos los ciudadanos tienen que tener la capacidad de libre elección, al igual que la que tienen de decidir, de realizarse una intervención quirúrgica o de tomarse otro tipo de tratamiento farmacéutico.

Lo que sí que me gustaría dejar claro es que recomiendo la vacunación COVID para todas las personas, no solamente para protegerse a sí mismo sino también para hacer su parte, atribuir su parte a la sociedad para así evitar contagios y casos graves en otros colectivos más vulnerables.

Como última, el riesgo de post COVID en carga psicológica, pues esto para mí entra también un poco en el tema de COVID quizás COVID persistente, tener un ámbito que atiende a todas las personas impactadas por la COVID, quizá es un ámbito que tendría que verse en salud mental que se vea desde ahí

¿Me he dejado alguna pregunta? Pues nada con eso termino.

Muchísimas gracias a todos.

LA SRA. MATANZAS RODRÍGUEZ (en funciones de presidenta): Muchas gracias por su comparecencia.

Concluido el debate del orden del día, se levanta la sesión.

(Finaliza la sesión a las diecisiete horas y doce minutos)