

COMISIÓN ESPECIAL NO PERMANENTE PARA EL ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE LA SITUACIÓN DERIVADA DE LA CRISIS DEL CORONAVIRUS (COVID-19)

(Comienza la sesión a las doce horas y treinta minutos)

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Buenos días, señorías.

Antes de comenzar la sesión y guardaremos un minuto de silencio por nuestros fallecidos, y terminaremos con un aplauso por los trabajadores que combaten al virus y por los trabajadores que nos permiten guardar, permanecer en nuestras casas.

Los señores y señoras diputados, miembros de la Comisión y el señor compareciente, en pie, guardan un minuto de silencio.

(Aplausos)

Damos comienzo a la sesión.

Secretario primero ruego de lectura al punto número uno.

Único.- Comparecencia de los epidemiólogos Reinhard Wallmann y Henar Rebollo, ante la Comisión no permanente para el estudio y seguimiento de la situación derivada de la crisis del coronavirus (COVID-19), a fin de informar sobre la incidencia de la crisis provocada por el COVID-19. [10L/7020-0004]

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Comparecencia del epidemiólogo doctor Reinhard Wallmann ante la comisión no permanente para el estudio y seguimiento de la situación derivada de la crisis del coronavirus, a fin de informar sobre la incidencia de la crisis provocada por el COVID-19.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Sr. Wallmann, tiene la palabra durante veinte minutos.

EL SR. WALLMANN: Muchas gracias, presidente, señorías, buenos días.

Iba a pedir a un traductor alemán, pero no me da tiempo. Yo soy austríaco. Hablo entonces el castellano un poco comprometido, como no podía intervenir si algunos entienden, por favor, levantar la mano y no intento repetir.

Bien, o sea, me han llegado, lo que me habéis mandado son tres preguntas a las que voy a intentar ahora responder a preguntas, no demasiado fáciles, la verdad.

La primera es con los datos disponibles, ¿cómo considera que puede producirse la evolución de la pandemia en nuestra región? Es difícil porque implica una predicción del futuro, y eso para un científico siempre le cuesta mucho. Nosotros, como mucho, podemos formular algunas hipótesis, y esto luego, pues ya se ataca esa hipótesis, y se falsifica o se verifica.

Bien, entonces, vamos a empezar un poco por los datos disponibles. ¿Qué datos tenemos?, datos con las circunstancias actuales, vale, en los que nos encontramos, que es una situación de confinamiento.

La vigilancia epidemiológica que estamos en Cantabria manejando, Pues tiene varios módulos o dos ámbitos. El primer ámbito son los parámetros típicos, epidemiológicos. Hay un indicador o una tasa de riesgo, que es la clásica incidencia acumulada por 100.000 habitantes, es la primera que siempre miramos.

¿Qué vemos ahí? Llevamos unas cuantas semanas ya con casos, casos que se generan a diario, si estos casos los vemos por semana, los contamos por semana y luego calculamos cuántos son por 100.000 habitantes de Cantabria, eso nos da una sensación de riesgo al que estamos sometidos con respecto al coronavirus.

La semana 13, esa semana era el pico en Cantabria, donde tenemos una incidencia medida de 131 casos por 100.000 habitantes. El día pico fue el 25 de marzo. Desde entonces, o sea los consecutivos cinco semanas, esta incidencia ha sido bajando, continuamente, total, que la semana pasada nos encontramos con unas incidencias de 16 por 100.000 habitantes. Ojo, porque son 16 casos confirmados es lo que realmente hemos medido. Obviamente, siempre hay una cifra oculta a la que no, no llegábamos porque lo que no se mide no se puede, no se ve, o sea, en ese sentido ¿vale?

Para que os hagáis una idea, la gripe, una onda típica de la gripe con unos puede llegar a Cantabria, alcanza fácilmente, los 500 por 100.000 habitantes; en ese sentido el impacto no ha sido muy alto. Comparando con la gripe, obviamente.

Otro indicador que vemos es la tasa de crecimiento de los casos acumulados, conocéis bien la gráfica donde se ve, esto siempre va para arriba porque van acumulando los casos y luego se queda, se suele quedar en una especie de meseta. Vemos que este, llevamos 32 días con una tasa de crecimiento por debajo del cinco por ciento y los últimos siete días por debajo de uno por ciento. Es un indicador muy bueno, porque no significa que esto ya, o sea, esto ya no crece más. En plena crisis, en la semana 13 la tasa de crecimiento alcanzó hasta un 40 por ciento de un día para otro, o sea, una aceleración vertiginosa.

En números absolutos, pues los últimos cinco días, pues llevamos cuatro, dos, tres, tres casos nuevos a diario, lo que detectamos en Cantabria, es decir, que estamos en una situación de goteo de casos.

Todavía no hemos tenido ningún día con cero casos, pero bueno, nos vamos, vamos llegando.

Tiempo de duplicación. Eso sobre todo es interesante cuando estamos en pleno ascenso, vale. Ahora ya, a principios de abril, alcanzamos un tiempo de duplicación de 10 días, es decir, los casos tardan 10 días en duplicar su número, o sea ya, y ahora mismo estamos por encima de 30 días, o sea, esto ya meseta, el indicador nos indica meseta.

Otra cosa que siempre medimos son los casos curados o recuperados, también está diciendo que ya superan, superan los recuperados los casos activos. En los últimos, lo mismo 30, desde el 15 de abril, pues tenemos una media de 54 casos recuperados por día, es decir, que el saldo claramente es positivo: se curan mucha más gente que los que enferman.

Esto era el módulo un poco epidemiológico; luego podemos ver una vertiente que es la de atención primaria. Atención primaria nos permite medir mediante lo que perciben los médicos en atención primaria que más cerca, que son nuestra puerta de entrada en el sistema sanitario. Nos, nos permite también medir lo que ellos ven. Ellos ponen un diagnóstico en su sistema de historia clínica, y esto lo podemos capturar y analizar.

La tendencia es la misma siempre a la baja. Ellos ponen un episodio, que son una serie de síntomas que podrían encajar con el coronavirus, es un CIAP A23. Ese es el que contamos, ahora mismo, pues son unos 62 al día, es muy interesante porque esto nos dimos cuenta después, pero atención primaria realmente detecta ese, el pico, una semana antes que nosotros con los casos confirmados a través del laboratorio ¿vale? Si hubiésemos podido mirar esto ya desde el principio hubiésemos visto algo pasa ahí, hubiésemos estado un poco más adelantados.

Bien la otra vertiente, hospitalización, hospitalización a la curva, siempre es pico y luego en una meseta, vale es el defecto remanente que causan los que están ingresados y tienen una estancia media elevada, o sea, tardan dos o tres semanas hasta que se les dé de alta. Por lo tanto, esta curva no baja tan rápido, pero sí que ya estamos dando nivel de 45 ingresados en todos los hospitales públicos de Cantabria, que es muy bueno.

Mortalidad. La mortalidad se comporta parecido a la hospitalización. Los que fallecen ahora mismo son los que se han infectado hace tres, cuatro semanas atrás. Ahí cabe destacar que lo que medimos, medimos tanto fallecimientos hospitalarios como fallecimientos extrahospitalarios. Eso requiere que por un lado consumimos el dato de los hospitales. Eso es lo fácil, y lo otro es también, buscamos en el centro de muerte, en el registro de mortalidad. Os quiero informar, que este número es bastante muy, muy coherente con el número que da el monitor de mortalidad del ministerio, que como habréis visto, pues siempre dicen un número de fallecimientos reales, pero esos los esperados. Cantabria superó un poco los esperados. En el informe, del informe Momo se llama, pues superó en esa época coronavirus pues 200 los fallecimientos, 119, nosotros tenemos registrado 199 a día de hoy, o sea, la correlación es sorprendente.

Bien, evolución, también desde el principio hemos trabajado con un módulo de evolución y de predicción, en colaboración con, con Juan Luis Fernández, catedrático de matemáticas de la Universidad de Oviedo, que nos ayudó de manera muy desinteresadamente, y al que quiero agradecer su colaboración. Nos ayudó a predecir, cosa muy difícil, pero él, con sus modelos matemáticos, pues nos ayudó mucho.

Viendo estas predicciones en este momento lo mismo meseta. Vale, él no prevé un incremento de casos en este momento.

Y la última componente, que es de recién incorporación, por así decirlo, y que nos proporciona una información esencial muy, muy importante, es el estudio de seroprevalencia. Llevamos cuatro días donde desde la semana pasada, donde no se empezaba a medir en la población general, en una muestra aleatoria representativa de Cantabria, estamos viendo cuál es realmente la prevalencia de la enfermedad, qué impacto ha tenido.

¿Por qué, por qué nos interesa eso? Porque de este principio hubo especulaciones, hipótesis que puede haber un gran porcentaje de personas que pasaron la enfermedad asintóticamente. Había algunos que decían un 50 por ciento de la población ha pasado la enfermedad asintóticamente o de la manera muy leve. Y la teoría que hay detrás de eso es que estos asintomáticos han generado anticuerpos, luego nos van a servir como una especie de rebaño de protección, vale,

una inmunidad de rebaño se llama así, si alcanzamos un 60 por 100 de la población inmunes el virus ya lo tiene muy muy difícil propagarse en una, por ejemplo, segunda onda epidémica.

Pues bien, tenemos datos preliminares que ahora mismo nos encontramos con un 18 por ciento del, de tamaño muestral ya medido, vale y del que dispongo, es decir, con precaución, son datos muy preliminares, pero lo que se está en este momento, viendo que la prevalencia no supera los seis, o sea, está ahora mismo el seis por ciento, o sea, es de esperar con sus rangos de incertidumbre, que va a estar por debajo del 10 por ciento; con lo cual la idea de que esto, los asintomáticos, nos van a poder proteger en una segunda onda, de momento la tenemos que descartar; ese factor protector no le tenemos.

Bien. Concluimos entonces, viendo estos indicadores generados desde los datos disponibles, se puede decir que la situación se está estabilizando. No estamos en cero, pero la tendencia es claramente a la estabilización y con estos, no hay indicios de una segunda epidémica, a uno o dos semanas vistas y siempre con las circunstancias en las que nos encontramos ahora mismo.

Claro, la pregunta del millón es ¿y qué pasa si alteramos esas circunstancias? Vale, la desescalada o el *reopening*, la reapertura de la sociedad, vale. ¿Puede haber un incremento de casos nuevos según vayamos avanzando en las fases de reapertura? Sí, puede haber. Y no sabemos, o sea, yo no puedo contestar eso con claridad, pero tenemos que estar muy consciente que todavía tenemos casos activos. Mientras haya casos activos, esos casos activos tienen la capacidad de transmitir la enfermedad ¿vale?, es decir, el riesgo todavía existe, ¿vale?

Pero justamente por eso, pues en la reapertura va a ser muy importante controlar estos pequeños brotes o casos secundarios que se pueden llegar a producir. Si esto se puede controlar pues ya lo vamos viendo, la monitorización va a ser clave para eso.

Bien, paso a la segunda pregunta. ¿Disponen de datos acerca de los motivos por los que el impacto de la pandemia ha sido menor en Cantabria que en otras comunidades autónomas, incluso vecinas? En todo caso, podrían dar nos razones que lo expliquen.

Yo que esto estoy muy sumergido en el dato de Cantabria, pues ayer hice el ejercicio y en colaboración otra vez con, con Juan, pues ya hemos analizado un poco todas las comunidades y podemos decir claramente que, si medimos impacto en términos de mortalidad y de incidencia acumulada estamos, Cantabria está por debajo de la media nacional, está por debajo, pero no es mucho. En términos de mortalidad esto ojo, hay que medirlo con respecto a la población general, es decir, no muertes por casos, sino muertes por 100.000 habitantes, alcanzamos unos 33 por 100.000 habitantes en Cantabria, Castilla-La Mancha tiene 127, Madrid 125 y La Rioja 105 muertos por 100.000 habitantes. Eso nos permite compararnos un poco. Impacto en la mortalidad, un poco vale, por ejemplo, Asturias muy parecido a nosotros, 27, un poco más, un poco menos.

¿Incidencia acumulada? Lo mismo, La Rioja, Castilla-La Mancha y Madrid, donde más impacto hubo claramente, una incidencia que alcanza en La Rioja hasta en 1.660 casos por 100.000 habitantes. Nosotros, como he dicho antes, 131.

Tenemos el puesto nueve en el ranking, vale, unos, o sea, estamos por debajo, y lo que cuando empezaba a pintar la curva para cada comunidad lo que claramente he podido ver es que cuanto más tardó el virus entrar en la comunidad más baja es la curva, más planeada es ¿Por qué es eso? Pues la teoría o la hipótesis que estoy planteando es que al llegar muy tarde a Cantabria -recordar que el 10 de marzo estamos todavía con 12 casos- secundarios que no eran ni propios. Y en Madrid, en La Rioja ya estaba en pleno brote, entonces estaba la causa de las muertes que el estado de alarma se puso en efectivo cuando fue el 14 de marzo, ¿vale? Y ese confinamiento hizo que el virus frenaba, ya su expansión le debe mucho más difícil. Con eso me explico el bajo impacto en Cantabria.

Bien la última pregunta, en su opinión para él, para que el plan de transición hacia la nueva normalidad sea factible, y tenga el éxito que todos esperemos ¿qué medidas, desde el punto de vista de su especialidad, serían necesarias adoptar en Cantabria?

Bien, o sea, lo mismo, el grado de incertidumbre, sigue siendo muy, muy alto, muy alto, o sea, antes de la pandemia las publicaciones que hubo sobre el coronavirus no alcanzaban los 1.000 creo, ahora mismo, ya hemos generado en el último en el en los últimos meses unas 20.000 publicaciones científicas, o sea 700 al día. Eso quiere decir que, que se investiga y se sabe más bien poco.

Sí que lo que podemos decir y que se con seguridad es la voluntad que tiene, la voluntad natural que tiene ese virus y su principal voluntad es la de reproducirse, es inherente a todos los seres vivos, o semivivos que son como los virus.

Entonces esto es como, es muy parecida a la lechuga que plantea el otro día en el jardín ¿vale? Como no conseguí la plantilla, tuve que ir con las semillas. La semilla, es el coronavirus, mientras yo le tengo en la bolsita estas semillas, no brota, vale; mientras nosotros estamos confinados el virus no se puede reproducir, porque necesitan contactos, necesita

contactos para propagarse. Y luego, una vez que cogemos la semilla y la metemos en la tierra, la tierra tiene que ser fértil para que empiece a brotar y a crecer y a reproducirse; esto es lo mismo que las personas, que el virus necesita personas que son susceptibles a enfermar a infectarse.

Como hemos visto antes, la susceptibilidad se da por un, o sea, por una inmunización, esa susceptibilidad puede disminuir el efecto de inmunización de rebaño o por una vacuna, que de momento no disponemos de ella ¿vale?

Con respecto a personas susceptibles vamos mal seroprevalencia baja tenemos en principio mucha susceptibilidad podemos entonces, respondiendo a las medidas, trabajar el tema de contactos. Hasta ahora, pues obviamente, pues ante la gran incertidumbre, pues probablemente en algunas medidas nos hemos pasado de lejos y en otros igual hemos tardado demasiado en aplicarles. Eso es así. Entonces, lo que es necesario es que esto se va a ir viendo cuáles de las medidas son las efectivas y cuáles son las más eficientes y eficientes en el sentido de que no repercuten demasiado a nuestra sociedad, en los aspectos económicos, etc., etc. ¿Vale?

Es decir, las prácticas que deben de llevar a cabo todos los ciudadanos ¿qué deben de hacer? Pues mascarillas, por ejemplo, transporte público o en sitios cerrados donde hay acumulación de gente; es muy lógico. Practicar un distanciamiento, etc. Que haya suficiente material de protección para la población. Eso es, digamos que lo primero.

La segunda parte que va a ser esencial en esta fase de transición es que disponemos de una maquinaria de vigilancia y de monitorización potente. Que seamos realmente capaces de detectar casos nuevos, lo más antes posible. Si nos podemos anticipar y ver estos casos podemos ir como un pequeño equipo de bomberos, va hacia un fuego, va hacia un caso y le estudia, estudia todos sus contactos, hacer testing, hace todo, hacer la cuarentena, y si consigue, pues apagar ese fuego ante este que haga un incendio y otra vez estamos en un brote, pues a nivel en una dimensión alta, pues entonces, pues bien.

Esa maquinaria de vigilancia que del que disponemos ahora mismo para mí es está bien, pero es insuficiente. Es como una cámara de fotos, de tres megapíxeles, que hace 25 años igual era una cosa moderna y ahora necesite una Cámara de 50 megapíxel. Tengo que ser capaz e ir a cada detalle a ver muchos más de este y muchos más ángulos, lo que está sucediendo; no solamente entonces en tiempo real, sino también en gran resolución con todos los aspectos que puede tener el coronavirus.

Con esta monitorización entonces podemos ir hacia un sistema de monitorización y detección precoz, que es la segunda parte muy importante. Necesitamos reforzar salud pública, tener equipos de bomberos que nos apaguen estos fuegos. Es un trabajo muy duro y con pocos casos esto es exponencial. Cada caso tiene equis contactos y todos hay que estudiar. Hay que ir a estos rastreadores que se ha ido hablando últimamente en los periódicos, necesitamos de eso. Es decir que necesitamos personas cualificadas en Bioestadística, epidemiología, médicos de Medicina Preventiva y Salud Pública y bioinformáticos que nos construyen esa máquina para poder reaccionar de manera rápida y adecuada.

Y la última medida -ya me estoy pasando- es la de capacidad de asistencial. Necesitamos hospitales que son escalables muy poco tiempo. Hemos tenido la suerte, que en esta onda la capacidad fue suficiente, pero no sabemos, o sea esto, en muy pocos días tiene que ser capaz de proporcionar una asistencia sanitaria a todos los casos que se pueden llegar a producir.

Nada más y muchas gracias.

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

Es el turno de los grupos parlamentarios. Por el Grupo Mixto, el Sr. Blanco, durante 10 minutos.

EL SR. BLANCO TORCAL: Gracias, presidente.

En primer lugar, quería agradecer al Sr. Wallmann por comparecer en la Comisión especial del COVID-19.

Voy a centrar mi intervención en diferentes aspectos relacionados con la desescalada, para que esta se realice con la máxima garantía posible, dada la implicación que tiene tanto en la sanidad, como en la economía, como el nivel social.

En esta línea, la Organización Mundial de la Salud, en su estrategia frente a la pandemia del COVID-19, ha marcado seis criterios y considera casi obligatorios para que un país pueda plantearse levantar las medidas de confinamiento, y que se basa en volver a una situación similar al origen de la pandemia en el número de los casos, pero esta vez controlando el origen, la transmisión y con medios suficientes para su diagnóstico y tratamiento.

Criterios que, por otro lado, no siempre se cumplen en España y que principalmente parten de la de realizar test, test y más test. Test para obtener un mapa real de la situación actual, y así poder iniciar el proceso de desescalada con la

máxima garantía. Test para tener un control de focos de infección y de entornos de alta vulnerabilidad, como es el entorno sanitario y el de las residencias y test para tener un control de la transmisión con casos esporádicos y contagio controlado.

En resumen, realizar test masivos como ha solicitado VOX y como recomienda la Organización Mundial de la Salud. Test que el Gobierno Socialista no está realizando, en parte por las dificultades manifestadas por Sánchez a la hora de adquirir material del mercado chino, mientras ignora a las empresas españolas de biotecnología que han ofrecido triplicar el número de test que se hacen en España siempre y cuando se garantice su compra.

Esta situación evidentemente ha afectado a la hora de plantear un plan de desescalada, ya que inicialmente el Gobierno anunció la realización de un estudio global de seroprevalencia, para posteriormente y en función de estos resultados, preparar el plan de escalada.

Sin embargo, debido entre otras cosas a los problemas existentes con el suministro de los test, se decidió iniciar el proceso de desescalada antes de tener la fotografía real de los afectados. Me gustaría conocer su opinión referente a si el proceso de desescalada está planteado de forma correcta en el tiempo o hubiera sido mejor realizarlo tras obtener la fotografía real de la pandemia en España, a través de realización del mayor número de test posibles.

Referente a la realización de test en entornos de alta vulnerabilidad, la Sociedad Española de Inmunología ha realizado un informe para asentar las bases sobre los protocolos de aplicación de los test, basándose en la capacidad de detección, sean de tipo PCR o serológico, de tal forma que se garantice romper la cadena de transmisión del virus. De esta forma tenemos, por un lado, los PCR que tienen más sensibilidad durante los primeros días de la infección cercana al 70 por ciento que luego se va reduciendo al 45 por ciento entre los días 15 y 40.

Y por otro lado, tenemos los llamados test rápidos, que son capaces de detectar niveles IGM a partir del séptimo día de los síntomas, aproximadamente a partir de la segunda semana del contagio y de los niveles de IGG a partir de decimoquinto día de la aparición de los síntomas y aproximadamente de la tercera semana, siendo por tanto los PCR más efectivos en fases iniciales, mientras que los test rápidos son más efectivos en una etapa avanzada y ninguno de ellos por sí solo es excluyente a la hora de garantizar un negativo frente al COVID durante toda la etapa de la enfermedad.

Por eso la Sociedad Española de Inmunología establece que para incrementar la sensibilidad diagnóstica se debe combinar la detección del virus y de anticuerpos, de tal forma que, si test rápido es doble negativo, tendría que aplicarse un PCR ya que podríamos estar en los primeros días de la enfermedad. Concretamente, en las dos primeras semanas.

Sin embargo, a la hora de analizar algunos de los diferentes protocolos de Cantabria, nos encontramos que nos están siguiendo estas recomendaciones, sino que se está haciendo en algunos casos lo contrario, concretamente, en el caso en el que el test rápido tenga como resultado un doble negativo. Por tanto, una IGM negativa y una IGG negativa se está descartando la afección del COVID-19, en contra de lo que establece la Sociedad Española de Inmunología.

Por tanto, este protocolo de Cantabria no garantizaría en estos casos romper la cadena de transmisión del virus. Quería preguntarle si considera correcta las directrices de la Sociedad Española de Inmunología en los casos de IGM e IGG negativa, en los que sería necesario realizar la PCR para descartar un posible caso correspondiente a las primeras etapas de infección, y, en este caso, por supuesto, estos protocolos de Cantabria se estarían erróneos.

Concentrándonos en el control de focos de infección y de entornos de alta vulnerabilidad, como es la mayoría de las comunidades autónomas, Desgraciadamente, las residencias se han convertido en el epicentro del coronavirus encantaría concentrando a más de la mitad de los fallecidos en la región.

Pese a que estos datos globales en Cantabria indican que el número de personas curadas ya es superior al de casos activos, sin embargo, el ritmo en que remite la pandemia en estas, es bastante más lento, teniendo a día de doscientas personas mayores recuperadas frente a los 300 aproximadamente casos activos.

Por este motivo, desde el Gobierno de Cantabria se están realizando los test COVID-19 al cien por cien del personal de las residencias, tanto empleados como a los residentes. La pregunta es si, debido a la alta vulnerabilidad de estas personas, cree que sería necesario realizar estos test masivos de forma periódica y, en caso afirmativo, la periodicidad de estos test.

Continuando con este sector de edad de personas mayores de 70 años, que es el sector más castigado, hace varias semanas nos hicimos eco de una información publicada por el Servicio Cántabro de Salud, donde ninguna de las personas mayores de 80 años afectadas por el COVID-19 en Cantabria habían sido ingresadas en la unidad de cuidados intensivos.

Información que nos sorprendió aún más al contrastar estos datos con los ofrecidos, tanto por el Ministerio de Sanidad a nivel nacional como por los publicados por otras comunidades.

DIARIO DE SESIONES

Serie B - Núm. 53

6 de mayo de 2020

Página 1039

A nivel nacional constaba a día de ayer que el cinco por ciento de los ingresos corresponden a personas mayores de 80 años, mientras en otras provincias estos porcentajes suben al siete por ciento.

A priori, según los datos, y teniendo en cuenta que Cantabria es la cuarta comunidad con población más envejecida de España, parece razonable pensar que estadísticamente nos encontraríamos más cerca del siete por ciento o incluso lo superaríamos, pero, sin embargo, según los datos de la Consejería de Sanidad, a día de ayer, estos ingresos corresponden al cero por ciento.

Quería preguntarle si considera que esto es debido a que la afección en personas mayores de 80 años es más leve en Cantabria que en otras provincias, debido a condicionantes locales, como pueden ser la humedad, la presión o la temperatura o, por lo contrario, no considera que haya algún tipo positivo, diferenciador, que dé una explicación clara.

Además de las residencias, otro de los focos infecciosos, donde la OMS hace hincapié en relación a la importancia del control para minimizar posibles brotes son los hospitales, y el personal sanitario. Le agradecería me indicara, al igual que en las residencias, si considera necesario realizar test masivos periódicos de control sobre el personal sanitario, y con qué periodicidad,

Referente al proceso de desescalada y centrándonos en los centros educativos, los ocho especialistas de la Asociación Española de Pediatría que asesoran al Gobierno habían aconsejado a el ejecutivo de Sánchez, que el regreso a los centros se produjese en septiembre, dado lo difícil que resulta controlar a los alumnos que cumplan y que cumplan las medidas higiénicas y de distanciamiento social debido a la corta edad.

Un compañero suyo epidemiólogo, Quique Bassat, que forma parte de este grupo de especialistas dijo que el Gobierno se está precipitando al reabrir los centros afirmando que, si la salida del domingo en algunos casos no fue prudente, nos estamos precipitando innecesariamente. Además, Bassat, señaló que la apertura debería ser de forma muy escalonada y muy prudente y basar antes, quizás, quizás por edades o por barrios, y alertó que el problema es que se están tomando las decisiones con un método ensayo-error, porque no hay datos y que ante esta realidad es mejor ser prudentes que arriesgarse.

Quería preguntarle si comparte estas afirmaciones si considera que la vuelta de los alumnos de menor edad, de menos de seis años a los centros educativos es un error y pone en riesgo tanto a los niños, como al personal educativo o, sin embargo, es una medida acertada que habría que apoyar con la realización de test periódicos al sector.

Siguiendo en la fase de desescalada, este fin de semana hemos podido ver imágenes de aglutinamiento en diferentes zonas comunes de la ciudad, como calles o plazas, donde las medidas de protección personal en muchas ocasiones brillan por su ausencia.

Sobre todo, sorprendía contrastar las imágenes de España donde se respiraba cierta tranquilidad, frente a las imágenes de otros países donde sí que todas las personas o prácticamente todas las personas llevaban estos equipos de protección individual. Inicialmente se aconsejó a la población, incluso hubo gobiernos que suministraron mascarillas de tipo quirúrgicas o higiénicas, o de otro tipo, basándonos en que, si todo el mundo usa esas mascarillas como esas mascarillas impiden el contagio a terceros de alguna forma estarían protegidos.

La realidad que tenemos es diferente, no existe en muchos casos material, y quería preguntarle si considera oportuno, considera necesario aconsejar a las personas más vulnerables, a aquellas personas de más de 60 años, a que usen otro tipo de mascarillas para protegerles del coronavirus, como son las FFP2, las FFP3 o las KM95.

Para concluir, referente al paso entre las diferentes fases establecidas en el proceso de desescalada, nos, nos han sorprendido que no se hayan establecido criterios objetivos basados en datos.

Evidentemente, habrá sitios donde la desescalada pueda ir más rápido y otros en los que llevará más tiempo, pero para ello habrá que tener estadísticas y marcar objetivos.

Uno de los debates producidos a lo largo de estas semanas entre el Gobierno central y el Gobierno autonómico es si la desescalada va a ser unitaria a nivel provincial o si se va a establecer también una desescalada, diferenciada a una menor escala, como son los municipios o las pedanías, por ejemplo, y agradecería que nos diera su opinión respecto a la posibilidad de iniciar una desescalada en fases por unidades menores y en base a qué criterios, si lo ve factible, a qué criterios objetivos se debería establecer.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias señor diputado.

Por Ciudadanos el Sr. Álvarez.

EL SR. ÁLVAREZ PALLEIRO: Gracias, señor presidente. Sr. Wallmann, muchísimas gracias por sus explicaciones.

Y, evidentemente, no puedo empezar de otra manera que, recordando a todas las víctimas que se nos ha llevado este virus y mandar también un mensaje de cariño, de consuelo y compartir el dolor de todas las familias y de todos los amigos que han perdido a sus seres queridos, y desear la pronta recuperación de todos aquellos que siguen pasando - algunos de manera más leve- esta epidemia en su casa y otros, cada vez menos, afortunadamente de manera un poco más grave, en los hospitales en los diferentes hospitales de la región.

Una cosa que ha dicho usted, señor, van diciendo que ustedes científico me ha recordado una anécdota, no recuerdo exactamente el nombre del epidemiólogo, era uno de los más famosos del mundo Cuando la crisis del VIH, vino a España y un periodista se sentó enfrente de él y le preguntó, bueno, ¿para cuándo cree usted que vamos a tener la vacuna del sida? Y este epidemiólogo le dijo no lo sé; y se cayó y se produjo un silencio incómodo, que el periodista no supo cómo, cómo gestionar y le insistió.

Pero, bueno, usted es un epidemiólogo, el más, uno de los más reputados del mundo en este campo del sida, ¿cómo me dice que usted no sabe cuándo vamos a tener una vacuna? y le dijo: porque soy científico, si fuese político o sacerdote o incluso yo diría ahora tertuliano, a lo mejor le puedo decir cualquier valoración, pero como soy científico, no.

Así que voy a empezar por esa pregunta, que seguramente es la que todos estamos esperando y que seguramente usted no me va a contestar, pero yo se la tengo que hacer. ¿Cuándo cree usted que pueda haber una vacuna para detener a este virus?

La sobreinformación a la que estamos expuestos todos los ciudadanos y también los políticos que estamos encima de todas estas situaciones, pues hace que nos confundamos muchísimas veces lo que leemos y lo que entendemos y en lo que pensamos que puede pasar. Yo tengo aquí delante dos noticias, una del día cinco de un periódico nacional prestigioso, que dice atento al titular: "Esta epidemia desaparecerá hacia junio y no volveremos a ver algo así en una década", y esto lo dice Alexander Chuchalin, considerado el neumólogo más reputado de Rusia y que asesora actualmente a la célula de crisis del Gobierno del Sr. Putin.

Al día siguiente el mismo periódico titulan una noticia: "La cepa europea del virus, mucho más contagiosa que la original", y es una información que publicaba un estudio publicado por los investigadores de la universidad china de Zheijiang, y que dice que el virus ya muta, ha mutado y que ha llegado a Europa con más virulencia que la que tenía en Chin

Claro, cuando uno empieza a leer este tipo de cosas en un periódico serio, de tirada nacional, pues la verdad es que no sabe qué pensar. No sabe que decir y no sabe a qué recurrir, porque estamos hablando de eminencias científicas, de expertos, científicos que, fíjese la diferencia entre lo que dice uno lo que dice otro.

No voy a decirle más lo que sí le voy a hacer preguntas, porque creo que mi discurso aquí sobra, quizá no tengo nada más que decirle. Sí que escucharle, me gustaría tener más tiempo para que usted pudiese responder a todas las preguntas que seguramente todos los representantes de los grupos parlamentarios le vamos a hacer.

En cuanto, por ejemplo, a el estado de alarma, sin consideraciones políticas, no le pido ninguna consideración política, pero ¿usted considera que, dada la evolución de la epidemia, hay que mantener el estado de alarma para seguir adaptando la movilidad de los ciudadanos, para el control de la epidemia?

Sabemos que sin en el estado de alarma el control de la población en cuanto a movimientos, sería bastante más complicado; de hecho, el estado de alarma, según dicen los juristas, ya están rozando por la parte inferior esa capacidad de poder limitar esa movilidad. Cualquier otra ley que adoptásemos de rango menor, impediría seguramente esa cercenación de los derechos individuales y de movilidad.

También me gustaría que nos hiciese, el tiempo que tenga, el balance de los diferentes tipos de test, detalles de su fiabilidad y, sobre todo, de la conveniencia de combinar los diferentes tipos de test. Combinar los PCR y combinar los test serológicos para que podamos tener un mapa geográfico de cómo está distribuido el virus y poder actuar con mayor conocimiento sobre esta epidemia.

También, algo que ha dicho el representante del Grupo Mixto, que a mí particularmente me choca, es qué consideración le merece a usted que muchas empresas españolas hayan ofrecido al Gobierno de España kits de diagnóstico, con una sensibilidad y una especificidad bastante más alta que los test que se han traído de fuera de España. Yo se lo digo... Francia, está comprando este tipo de test a las empresas españolas.

Mire, yo hace 10 días estuve en contacto con un miembro de la universidad pública vasca, de Vitoria, y yo, y me contó que habían realizado unos test diagnósticos de PCR a 15 euros la unidad; además tenía la ventaja de que no iba a haber problemas con los reactivos, porque los activos que usaba estaban al alcance de la mano de cualquier laboratorio, y es verdad que esos reactivos habían formado un cuello de botella que impedía que los PCR se desarrollasen con más velocidad.

DIARIO DE SESIONES

Serie B - Núm. 53

6 de mayo de 2020

Página 1041

Yo, como es mi obligación, puse en conocimiento de la Consejería de Sanidad este ofrecimiento. Sé que el jefe de Inmunología de Valdecilla habló con el director de este estudio y declinaron su oferta, porque dijeron que estaban más pendientes ahora mismo de los test que, anticuerpos que los PCR, pero yo creo que, visto lo visto y he leído lo leído, que la combinación de ese tipo de test sería provechosa y muy positiva para el control de la epidemia, pero evidentemente esperaré su opinión.

También digo que el Gobierno vasco ha llegado a un acuerdo de compra de estos PCR a la universidad pública vasca, y aquí no se ha hecho, y tengo que volver a insistir, hablaba de 15 euros porque hablamos de los 150 euros que se hablaba antes, luego 80, luego, 60.

Luego hablaba usted de alguna de las fórmulas de control de la epidemia, es el contacto y que no lo podemos hacer con una Cámara con tres píxel, tenemos que ir a 50 píxel, pero ¿qué le parecería a usted -tampoco le pido que entre a hacer una valoración jurídica, porque eso no está seguramente en su competencia- pero sí la utilización de aplicaciones de geolocalización, como se han hecho otros países, para poder evidentemente, controlar aquellos focos que vayan apareciendo y sus posibles contactos y actuar, como decía usted, como el bombero para pagar el fuego antes de que se propague el incendio?

Estamos oyendo hablar de un posible rebrote. Y es evidente que es necesario que tengamos ese control insisto, más allá de las consideraciones jurídicas, que ahí no vamos a entrar ni usted ni yo, porque no somos expertos en este asunto, pero para poder controlar o evitar ese rebrote. Pues me gustaría que nos dijera qué opina de este asunto.

Otra cuestión que no es esta su competencia o en su negociado, en su sabiduría, pero que yo creo que es importante: las autopsias. ¿Se están realizando las suficientes o el número suficiente de autopsias para ver cuáles son los daños o el efecto que produce en el organismo de nuestros los seres humanos afectados por este por este virus? ¿Sabe usted si se están realizando y, si no se está realizando? O, si no se están realizando sería conveniente, que está las autopsias, se llevasen a cabo para comprobar el efecto que causa este virus, que todavía no conocemos cuál es el alcance del virus dentro del cuerpo humano.

Y la última cuestión para terminar, y para agradecerle otra vez su participación: mascarillas, equipos de protección son fundamentales. Primero se dijo que no eran necesarios, que, era más, quería protegía luego que era recomendables luego altamente recomendables, ahora obligatorios en transporte público ¿cree usted que debería de ser obligatorio que usásemos las mascarillas siempre que saliésemos de casa para evitar más contagios?

Reitero el agradecimiento y espero su respuesta. Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias señor diputado.

Por el Grupo Socialista la Sra. Cobo.

LA SRA. COBO PÉREZ: Gracias presidente, señorías buenos días.

Gracias Sr. Wallmann por el exhaustivo informe que ha presentado hoy en esta comisión. Sabemos que es un esfuerzo añadido a su trabajo habitual y nos complace además tener la oportunidad de poder contar con el testimonio de un experto.

Su presencia hoy aquí nos permite tener una perspectiva exclusivamente técnica, profesional respecto a la pandemia y más concretamente a su impacto en Cantabria, que es la cuestión más relevante para quienes formamos parte de esta comisión en calidad de representantes del Parlamento de la comunidad.

Quiero tranquilizar al representante del Grupo Mixto con la noticia de que el Gobierno, a través del Ministerio de Sanidad, ha distribuido en la última semana más de 1,4 millones de test rápidos de detección o anticuerpos entre las comunidades autónomas, de ellos, 53.000 a Cantabria, lo que eleva la cifra total a las 4.214.724 unidades. No digo que sean suficientes test, pero digo que se va avanzando en su distribución.

Desde el Grupo Parlamentario Socialista nos gustaría conocer, Sr. Wallmann, su opinión profesional sobre determinadas cuestiones. Algunas de ellas ya han sido referidas en su exposición.

Se ha referido a la gestión de la crisis sanitaria en Cantabria, donde el brote ha tenido más incidencia que la media de las comunidades españolas y hemos sufrido también la dolorosa desgraciada de que casi 200 víctimas mortales, pero ese índice, como el de contagios, es menor que en otras, en otros lugares.

Cantabria registró o ha registrado la cifra más bajo, más baja de hospitalizados ayer desde el pasado 18 de marzo, cifra que ha descendido hasta el medio centenar, 45 personas permanecen hospitalizadas hoy, y 29 en Valdecilla, de las

cuales tres están en cuidados intensivos; 10 en Sierrallana, cuatro en el Hospital de Reinosa y otros dos en el hospital de Laredo.

Sin duda, es uno de los datos positivos y además sabemos que en Cantabria hay 731 casos activos, de los que 636 están pasando la cuarentena en sus domicilios. Por lo tanto, 1.696 personas ya han superado la enfermedad y tenemos que lamentar eso sí 199 fallecimientos. Por resumir, Cantabria, contabiliza menos de 3.000 positivos. Concretamente 2.626 personas.

Nos ha confirmado hoy una mejoría en todos los parámetros, aludiendo a datos, como la incidencia acumulada, por 100.000 habitantes. Estamos hablando de que la semana pasada, como ha dicho, hubo solo 16 casos por cada 100.000 habitantes y que durante las últimas cinco semanas se está disminuyendo esta estadística. Nos añade además otra variable, que es el dato de la tasa de crecimiento, de los datos acumulados y reseña también que estamos viendo ya un goteo de casos. También, junto a ese alargamiento de tiempo de duración.

Con los datos que nos ha referido hoy hay un saldo claramente positivos por cuanto se curan muchas más personas que las que entraron no sabemos si es relevante o si se puede determinar de dónde vino la fuente de contagio, porque se ha especulado con el riesgo que supuso, pues, llegada de personas desplazadas desde otras comunidades autónomas en el primer fin de semana previo al estado de alarma, y, por otro lado, que nuestro aeropuerto había estado recibiendo vuelos procedentes de Italia hasta bien avanzada la pandemia.

La pregunta es ¿cómo entró el virus en Cantabria?, si es que se ha podido rastrear la puerta de entrada del mismo, y la cuestión quizá fundamental, a la que ha aludido su intervención, ¿por qué motivos el impacto de la pandemia ha sido menor en Cantabria que en otras comunidades autónomas, incluso vecinas?

Usted nos ha hablado del tiempo como factor más importante para esta circunstancia. Cuanto más tarde ha empezado a haber casos en una comunidad más plana ha sido la curva epidémica. Menos impacto hubo por las propias medidas de aislamiento de estos casos y de confinamiento del resto de la población. Por lo tanto, en ese sentido, entiendo que se podría valorar el estricto confinamiento que se ha mantenido en España y en Cantabria como una medida positiva. Me gustaría escuchar su opinión, porque incluso esto ha sido rebatido por algunas personas.

En primer lugar, creo que a todos nos interesa el horizonte futuro, cómo va a evolucionar la pandemia en Cantabria y qué garantías, en su opinión, ofrece el plan de desescalada.

En estos momentos, tras más de siete semanas de confinamiento y de parálisis de la actividad económica estamos expectantes por conocer qué escenario nos espera en el marco sanitario, que repercute directamente en el marco económico. De momento se está cumpliendo la fase cero del proceso de regreso a la normalidad, y esto hace que se haya incrementado notablemente la presencia de personas en la calle.

Queríamos conocer su opinión sobre si el proceso de desescalada es correcto en el sentido de prudente desde la perspectiva médica o si podríamos, podríamos a un rebrote posibilidad que también se está apuntando.

Nos preguntamos también cuánto durará si estaremos sometidos al peligro de contagios durante meses, un año más tiempo, si se hará crónico o episódico en el sentido de que regresé todos los inviernos, como puede ser la gripe, y cómo nos afectará y si volverá con la misma fuerza.

Son muchas las incógnitas que tienen los ciudadanos y ciudadanas, aunque el alcance aún de las investigaciones comprendemos que puede ser todavía limitado a la hora de hacer predicciones.

Usted nos ha dicho que la situación se está estabilizando y que, en este momento, en las dos próximas semanas -he creído entender- no hay indicios de una segunda onda epidémica. La incógnita es ver si esta situación se va a mantener, si cambian las condiciones actuales del confinamiento y el impacto de la desescalada se verá con cierto retraso si no es inmediato, debido al periodo de incubación de la enfermedad, pero hemos entendido que es posible un incremento de casos, y nuevos, brotes.

En cuanto, en este sentido propone estudios de contacto de monitorización con una alta resolución, me pregunto cómo se lleva a cabo este tipo de acción de forma más concreta, si nos lo puede decir y qué medidas habría que tomar si se detecta otro brote importante. Si cree que se pueda, se podrá contener, sin necesidad de volver a la situación de confinamiento total y como está preparado, cómo se van a preparar nuestro sistema sanitario para abordar esta fase que, como se intuye, pues aún es una incógnita.

Sobre la inmunidad preocupa igualmente mucho una cuestión sobre la que usted ha citado. Si nos puede ilustrar algo más, y vamos a sobreponernos a la pandemia en la medida que hayamos sido contagiados, tengamos síntomas o no, o si podemos volver a enfermarnos, como algunas veces se han difundido en algunos medios de comunicación.

DIARIO DE SESIONES

Serie B - Núm. 53

6 de mayo de 2020

Página 1043

Cantabria contabiliza menos de 3.000 casos positivos, concretamente la fecha, la cifra de hoy, 2.626 personas. En este sentido es interesante conocer ¿qué porcentaje de población podría estar inmunizada? y si precisamente porque aquí ha circulado menos el virus tenemos ahora mayor riesgo de un rebrote que otras comunidades autónomas. Es decir, si esta circunstancia va a seguir siendo una ventaja.

Hoy usted, Sr. Wallmann, nos ha hablado aquí también de que se especula con cierto porcentaje de asintomáticos, que quedan inmunizados, pero en su experta opinión esto es algo muy poco frecuente. Usted habla de una prevalencia del seis por ciento y nos dice que no hemos alcanzado una inmunidad, calificada de rebaño, que es el término que ha utilizado.

La esperanza de una posible vacuna. No sabemos si llegará; cuando estará disponible y en qué condiciones.

Entre los datos que hoy también nos ha traído podemos contar si podemos contar con esa radiografía del perfil de afectado por el COVID en Cantabria, es decir, si al margen de la edad o de las patologías previas factores que probablemente contribuyen en la mayoría de los procesos patológicos, incluso más comunes, como la gripe, nos interesa conocer pues por dónde se ha movido más el virus. Entendemos que como el Gobierno de Cantabria ha facilitado los mapas municipales, pero dentro de esto, si la difusión es esa aleatoria y cómo se realiza.

En cuanto a la prevención, sobre este aspecto nos parece relevante destacar una cuestión previa, que casi el 90 por ciento de los profesionales de la sanidad infectados por el COVID-19 ya están a salvo, han superado la enfermedad. Se contabilizan 40 casos activos del total de 410 positivos y, por lo tanto, el 90 por ciento es 370 profesionales sanitarios, han curado. Hay más contagios entre el personal de residuos de residencias, de los cuales se han detectado 714 casos, y de ellos 310 siguen activos.

Se ha debatido mucho sobre las medidas de protección y, en este sentido queremos su opinión sobre su parecer o lo que usted considera de este dato de contagio de profesionales, esas normalmente disparatado en relación a otras comunidades o por si considera que se podría haber reducido sustancialmente el riesgo.

Prácticamente la mitad digamos, de los 207 fueron diagnosticados de los profesionales sanitarios, por pruebas PCR y de los 203, pues bueno, son test serológicos o de detección de anticuerpos.

Al margen de esta cuestión, lo cierto es que no solo hay que hablar del número de contactos, sino también de la asistencia sanitaria, que se les ha podido facilitar.

Por ir acabando ya mi comparecencia, creemos que se ha hablado mucho también de la falta de preparación, de anticipación, ante una pandemia.

Algunas voces reclaman que se han actuado tarde a la hora de tomar medidas, de adquirir material. En este sentido, queremos conocer si en los hospitales en general y en el Hospital de Valdecilla en particular tienen o deberían tener un plan de emergencia o una especie de protocolo de la pandemia a los lo desconozco, por eso se lo pregunto y sé que es una circunstancia común, por lo que probablemente se han actuado desde cierta novedad improvisando ante una situación nueva.

En este sentido, nos gustaría conocer si desde su departamento se hizo alguna alerta previa, si se trasladó alguna iniciativa o cuestiona la dirección de hospitales o las autoridades sanitarias con directrices y consejos previos para anticiparse o prepararse ante esta pandemia o por si, al contrario, es tal la descarga de la virulencia que trajo, pues, pues ha sido inesperada. Nos gustaría también...

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Vaya concluyendo.

LA SRA. COBO PÉREZ: ...voy concluyendo señor presidente, recabar sobre su opinión, sobre las pruebas que se han hecho para detectar al coronavirus. Algunas residencias se han quejado de la escasa fiabilidad determinados test.

Y también queríamos recabar su opinión sobre la gestión y directrices de la Organización Mundial de la Salud en el sentido de que si considera que ha sido operativa y que se ha liberado la gestión y que indicaciones o que ha indicado las directrices concretas.

Y por último preguntarle en qué consiste la virulencia sindrómica, que cómo se puede llevar a cabo y cómo funciona el actual sistema de información de vigilancia epidemiológica en Cantabria.

Y sin más, agradezco su disposición a colaborar en esta Comisión.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, señora diputada.

Por el Grupo Popular, el Sr. Pascual.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Gracias, señor presidente.

Buenos días, muchas gracias doctor Wallmann por su detallada información y por sus aportaciones a este debate.

Soy muy, muy consciente de lo que supone para un cualificado técnico como usted comparecer en esta sala, con lo cual mi agradecimiento es doble por el esfuerzo que ha realizado por transmitirnos la información.

No voy a gastar todo el tiempo que me corresponde porque no considero necesario la mayoría de las cuestiones se han planteado ya por otros portavoces y no quiero aquí estar reiterativo y ya se ha dicho aquí la mayoría de las cosas, pero sí me gustaría que me aclarase algunas, algunas cuestiones.

El conocimiento acerca de este virus es grande y escaso, y esto parece una contradicción, pero realmente es un virus, que como la pandemia ha sido mundial, los estudios acerca de él están globalizados; en todos los países del mundo están estudiando distintos aspectos de este virus, todos los días aparecen publicaciones en relación a este virus, y el número de estudios y publicaciones es inmenso.

Pero al mismo tiempo es escaso, porque no tenemos secuenciación temporal. Llevamos muy poco tiempo, nadie puede hablar de qué pasará dentro de un año porque no hay la experiencia de un año con este virus, la conocemos en unos meses nada más, y esa limitación temporal, pues las consecuencias del paso del tiempo nadie puede anticiparlas, ni preverlas.

Lo he dicho muchas veces e insisto en ello, no estábamos preparados para esta pandemia como ninguno, y no somos Japón, que está muy preparado para la prevención de terremotos o Singapur, Corea y otros países asiáticos que están preparados para las pandemias.

Tienen unos planes de pandemia excelentes pasaron por SARS, pasaron por la gripe A, el MERS, el Zika y están muy preparados.

Nosotros, en Europa, y los que nos consideramos occidentales no tenemos planes de prevención de pandemias a ese nivel porque realmente tampoco los tendemos terremotos. No somos zonas ni de terremotos ni de pandemias y cuando ha llegado esta nos ha pillado a todos, pero también hay que reconocerlo.

Tengo que decir que en ese momento nos encontramos ante una inflación de información en los medios de comunicación supongo que bien intencionada, pero lo cierto es que hay una auténtica inflación acerca de esto.

Las páginas de los periódicos, los telediarios, todo se dedica a hablar del coronavirus, pero por muy serios que sean, no son prensa científica y, por tanto, esa información siempre tiene sesgos y, por tanto, es muy difícil diferenciar lo que realmente hay detrás de esa información, porque es una interpretación de la información científica.

Me gustaría que nos insistiera y nos explique un poquito más ante un fenómeno que ha salido a la luz, que también se ha hablado aquí por parte de algunos portavoces, que es a raíz del estudio sobre seroprevalencia los datos apuntado a una prevalencia de un seis por cien, muy inferior a la anunciada, de población infectada.

Esto es coherente con otros estudios que se ha publicado por Atención Primaria, que están estimando entre el 4,4 y 6,7 y por tanto, estaríamos en línea de lo que está publicado, y efectivamente, eso de alguna manera tiraría por tierra las teorías de la inmunización natural y también las teorías de la gran incidencia que iba a tener este virus y población asintomática.

También me gustaría que nos comentara y ampliara la información acerca del rastreo de casos. Ya nos ha adelantado que, en este momento, aunque los medios que disponen salud pública en esta comunidad, son los que son, pero son insuficientes, pero en la actual situación parece que una herramienta crítica para hacer el seguimiento es el rastreo de los casos.

Y la nueva estrategia de desconfinamiento establece que uno de los responsables de este rastreo sea la Atención Primaria, y a mí me gustaría saber su opinión. Porque coincidirá conmigo que en la necesidad de articular una salud pública muy potente y suficiente en Cantabria.

Me ha gustado mucho que haya reivindicado también la presencia de otras profesiones, no solo de su propia especialidad, que es la salud pública de la medicina, y que hay informáticos y que haya habido estadísticos que nos ayuden a entender estas, estas pandemias que vienen. Pero el hecho cierto es que encargar el rastreo, como encarga la estrategia,

DIARIO DE SESIONES

Serie B - Núm. 53

6 de mayo de 2020

Página 1045

a la Atención Primaria a mí me sugiere muchas dudas. Me sugiere muchas dudas si por encima no asignamos una capa muy, muy fuerte, muy potente de salud pública para el manejo de esta información.

No somos La Gomera o Formentera, aquí tenemos casos y, por tanto, no se puede decir que estemos en una situación fantástica, porque ya me gustaría a mí que fuéramos como esas islas. Y tenemos más de 400 sanitarios contagiados, este parece ser un caso internacional de estudio, los sanitarios contagiados en este país que nadie tiene.

También me gustaría saber si tiene alguna explicación, más allá del material de protección insuficiente o inadecuado, o la, la falta de precaución que han podido tener los profesionales, porque realmente es muy difícil, muy difícil encontrar una explicación a este nivel de contagio. Yo tampoco la encuentro por ahí en ningún sitio.

Y también me gustaría que en relación con otras consideraciones pudiera ampliarnos la información, por ejemplo, acerca de la influencia que puede tener o no el calor.

El hecho de que según las temperaturas en esa contagiosidad que nos ha comentado antes, si como algunos parece indicar el calor favorecerá que disminuya la contagiosidad y nos dará un margen de maniobra hasta el próximo invierno o no.

Si, si la atenuación del virus por, por mutación, que sugieren algunos virólogos, es decir que este virus, que es letal por su propia naturaleza, va a mutar porque no le interesa matar al huésped, porque entonces muere él y por tanto, como otros virus que ha habido en otras ocasiones, disminuidas su, su letalidad y se comportará de otra manera, o esa teoría le parece que es un poco que no se soporta con los datos que tenemos.

Si cree que como en otras pandemias es esperable que este virus se comporte como otros virus, como ha pasado con, con la gripe, con la gripe A, o como, es decir que se queda aquí para siempre con nosotros ya aparece todo el país con la gripe, o podrá ser posible que desaparezca, como desapareció el SARS, que al final desapareció.

En cuanto al proceso de desconfinamiento, es verdad que es la gravedad de las patologías que origina este virus. Parece cada día más claro que tiene que ver con procesos de auto inmunidad. Eso dificulta mucho el crear un perfil de población más susceptible, porque la autoinmunidad es personal, pero si considera que es posible dibujar un perfil, aunque sea más difuso de la población que pudiera ser más, teniendo en cuenta, evidentemente, que la autoinmunidad representa un carácter más individualista de la susceptibilidad personal al virus. Pero a lo mejor si pudiéramos estar en condiciones con la información, que ya vamos recabando de qué perfiles de personas pudieran ser más adecuados.

Y nada más. Lo demás son, he anotado, pero son mucha reiteración de lo que ya le han dicho otros portavoces y no, no considera necesario seguir.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, señor diputado.

Por el Grupo Regionalista la Sra. Obregón.

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Muchas gracias señor presidente. Buenos días señorías.

Bueno, también quiero comenzar mi intervención dedicando unas palabras de cariño a todas las personas fallecidas, a sus familiares y amigos, y el agradecimiento a todas esas personas que tienen profesiones que, gracias a su desempeño, permiten que el día a día en esta pandemia haya, haya sido positivo para el resto de la sociedad.

Quiero darle las gracias, Sr. Wallmann, por su exposición, por esa aportación que ha hecho técnica y con datos, creo que profusa y que nos ayuda a clarificar un poco el desconocimiento que tenemos en relación con esta pandemia.

Es cierto que la mayor parte de las preguntas que he ido anotando, a medida que usted intervenía, pues han sido ya realizadas por los portavoces que me han precedido en la palabra, pero bueno, yo intentaré no repetirme y hacerle simplemente, las, aquellas que no nos hayan mencionado anteriormente.

Usted ha hablado de unos datos favorables en Cantabria en estos momentos por una evolución, bueno, pues, como en el resto del país, pero, pero que nos sitúa en una cierta posición de ventaja. Al mismo tiempo también se ha hablado aquí por parte de otros portavoces de un contexto de cierta desinformación. Yo creo que es, como se ha dicho, pues fruto de ese desconocimiento de esa gran incertidumbre, ¿no? que planean en torno a esta pandemia.

Por eso, yo, desde el Grupo Regionalista, lo que quiero es extraer todo el conocimiento posible de su intervención, no desde luego, que no es mi intención hacer ningún tipo de análisis posible, perdón, político, ni, ni de extrapolar mucho menos datos de otras comunidades y compararlas con esta en lo relativo a los tratamientos en UCI, etc.

Por eso, como digo, quiero hacerle preguntas, sobre todo enfocadas a dos principios fundamentales. Por una parte, la desescalada, que es cierto que ya se han hecho preguntas valorando, bueno, preguntándole cuál es su valoración sobre la desescalada en Cantabria y teniendo en cuenta si se pueden producir nuevos rebrotes y habría que volver a al confinamiento, etc.

Pero yo quiero añadirle, desde el punto de vista actual, en las circunstancias en las que nos encontramos, si se considera que de cara al verano va a ser posible el, digamos, la apertura de playas, piscinas, la celebración de eventos que tradicionalmente han estado masificados, o si no, cómo se contempla esa apertura gradual de los mismos, si va a ir en función de porcentajes y si se va a ir planteando una apertura cada vez, bueno gradual, que cada vez vaya siendo superior en función de los de los datos sanitarios, o qué otras alternativas se pueden manejar.

En ese mismo sentido también quería referirme a la apertura del inicio, bueno, se plantean dos opciones. Por una parte, se ha hablado del 25 de mayo y como segunda opción, en septiembre, la vuelta al curso escolar; desde el punto de vista epidemiológico qué consideraciones se tienen al respecto también por los mismos motivos ¿no? por la, por esa asistencia bueno no masiva pero que dificultaría la distancia física.

Y luego el, digamos el segundo punto de que suscita más dudas, es precisamente el de la posibilidad de los rebrotes, de los que se puede producir, incluso más de un pico por lo que se está comentando.

Entonces, a ver, a mí me parece que su exposición ha sido muy preventiva, ha incluido muchas medidas con las que se trata de contener la epidemia o la propagación de la misma, y yo quería hacerle una pregunta, porque según los datos que usted ha hablado ha hablado de una demonización de una del seis por ciento creo que en Cantabria, y yo lo que quería preguntarle es si se contempla alguna medida para que esos contagios se vayan produciendo de una forma escalonada y controlada, ya que de lo contrario su, esta teoría de controlar y prevenir, pues entra un poco en confrontación con esa inmunidad de rebaño ¿no? que se alcanzaría en torno al 60 o 70 por 100 de los infectados. Entonces la pregunta es, desde el punto de vista epidemiológico, ¿hacia dónde se tiene que dirigir? Hacia dónde se tiene que dirigir las medidas de bueno, pues de desescalada, de vuelta a la normalidad, etc.

Con respecto a esa vuelta a la normalidad, hacer especial incidencia en las medidas que ya se ha mencionado aquí de distancia física, lavado de manos y mascarilla; ¿a mí me preocupa que en la sociedad se olvide este medio de protección? Yo no sé si a usted le parece suficiente la forma en la que se está llevando a cabo esa vuelta a digamos, a la calle, ¿no? a poder hacer ejercicio, dar paseos, etc.

Con respecto a un conocimiento un poco más profundo de esta, esta pandemia no sé si será, si está en disposición de trasladarnos qué investigaciones están previstas para conocer la incidencia en el cuerpo humano o si hay algún estudio que ya se pueda determinar a qué tipo de pacientes afecta más, menos.

Hemos visto que en un principio se hablaba que era que afectaba más a los hombres. Posteriormente se ha rectificado y se habla de mujeres. También ha habido algún estudio que decía que, si las personas que fumaban habían padecido menos el COVID, un poco en ese sentido, aunque no sean estos precisamente los ejemplos más determinantes, si hay alguna, algún estudio que se puede del que se pueda extraer alguna conclusión importante.

Y también quería preguntarle la incidencia o qué valoración se hace de la incidencia del COVID en los niños, puesto que en ese escenario de información cambiante, también al inicio de la pandemia se ha estado asegurando, entre comillas, que los niños, la mayoría, eran asintomáticos y que sobre ellos no ejercía, digamos, bueno, pues no tenía una incidencia grave y, sin embargo, en los últimos días hemos conocido que ha habido ingresos en las, las UCI y bueno, un poco si se está investigando en ese sentido o qué datos son los que se conocen.

Y, bueno, ya la pregunta estrella, ¿para cuándo se considera en el mundo científico que se podría disponer de una vacuna?

Pues, por lo demás, creo que las preguntas están, están ya realizadas sobradamente por el resto de portavoces, así que finalizó.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, señora diputada.

Tiene la palabra el Sr. Wallmann durante 20 minutos.

EL SR. WALLMANN: Bueno, con la pila de preguntas que me habéis hecho, no sé si con 20 minutos va a llegar.

Primero como dijo Newton, lo que lo que sé es una gota y lo que no sé es un océano y solo sé que no hace nada. Entonces. Os voy a tener que decepcionar, porque las muchas preguntas que me estáis haciendo, pues yo mismo me las

estoy haciendo a diario y no todavía, no lo tengo claro. Sería poco profesional y serio si os podría dar hoy respuestas muy, muy claras.

Bien, he hecho, anotaciones, no voy a poder, seguramente se me escapa alguno.

Vamos a empezar con el tema del *testing*, que ha salido en varias ocasiones y es que es muy interesante. Inicialmente tuvimos aquí a disposición la PCR, la *polymerase chain reaction*, que es una, nosotros lo llamamos, el *golden estándar*, es el mejor tipo de test del que disponemos para detectar una enfermedad activa. Vale. ¿Por qué? Porque lo que encontramos con ese test son restos del virus, restos del RNA del virus en tracto expiatorio, etc. Aunque es la mejor manera que tenemos, no es un test perfecto. De hecho, hemos tenido casos de las llaman, según la definición de casos, casos probables, que nunca han dado positivo, pero tenían una clínica clarísima de COVID y, además, tenían una radiología clarísima de COVID, y casi seguro que eran COVID, pero el test no era capaz de detectarlos.

Luego hace dos o tres semanas, pues empezó a haber disponibilidad de test serológicos o test de anticuerpos, como se llama y como ya he explicado.

Pues hay dos cosas, dos tipos de anticuerpos que se miden, la IGM y la IGG. La IGM mide unos anticuerpos que se empiezan a generar después de cinco, seis días del inicio de síntomas normalmente suele alcanzar su mayor sensibilidad a partir de siete días, catorce días más o menos.

Y la IGG que se genera un cuerpo, empiezan a generar IGG más tarde, y son los anticuerpos, duraderos los que tenemos la esperanza, que nos van a servir para la siguiente onda epidémica.

Otra vez esto no se sabe, sabéis muy bien de la gripe, cuando el virus se modifica cada año muta y cambia, por eso también hay que revacunarse todos los años, porque la vacuna del año anterior, si cambian mucho el virus, no nos sirve.

Lo mismo nos puede pasar con el coronavirus y no sabemos, no sabemos ni siquiera si va a volver cuando es de decir cuando hay calor cuando hay frío etc.

Hay hipótesis, sí, o sea es muy frecuente que infecciones respiratorias suelen comportarse de tal manera que en un ámbito frío, seco, pues donde tracto respiratorio, están más seco, más cosa, digamos que es más vulnerable, pues ellos aprovechan esos. Entonces, por eso la gripe, o también el coronavirus probablemente lo tiene más fácil en invierno. Pero lo mismo estamos también teniendo casos y brotes en el hemisferio sur, donde ahora es verano.

Bien los test, entonces, miden dos cosas totalmente diferentes y eso ha sido un impacto también en todo el sistema de cómo describimos esa epidemia, el impacto ha sido grave, vale, porque se empezaban a entremezclar.

De hecho, los 2.600 casos de los que contemos. contamos ahora una proporción es solamente, solamente nos dice que esta persona tiene inmunidad. No nos dice nada sobre el estado activo de la enfermedad. Dice que ha tenido contactos con el virus asintomáticamente, levemente sintomático.

O sea, tenemos que empezar a acostumbrarse a dividir la población en tres tipos de población. Una población susceptible, que es la mayoría, solamente de los, de la población podemos restar estos seis por ciento, de cero prevalente que ahora mismo pues tienen anticuerpos. Igual, me he explicado mal antes, seis por ciento de lejos no es suficiente para una inmunidad de rebaño, tenemos que alcanzar mínimo 60, 70 por ciento en la población para que esto realmente baje, el R_0 , que es el ritmo reproductivo del virus por debajo de uno; mientras no tenemos este porcentaje, no podemos contar con inmunidad de rebaño.

Entonces, cómo miden dos cosas diferentes los test sí que es verdad que la IGM se puede utilizar como un indicador que esto es más o menos agudo, ahora se solapa un poco con la PCR. PCR e IGM si dan positivo, pues algo pues una enfermedad aguda puede haber.

Ahora bien, sensibilidad, sensibilidades, de los test de anticuerpos. Alrededor de un 80 por ciento, 85, no sé si alcanza alguno al 90 por ciento de especificidad; suele ser muy alta, casi el cien por cien. Cuando utilizo, cuando empezábamos a plantearnos a utilizar estos test la población. Estos valores no los debemos de utilizar, tenemos que utilizar valores como el valor predictivo positivos o el valor predictivo negativo, y estos valores depende muchísimo de la prevalencia de la enfermedad en la población, es decir, si tengo un test con una sensibilidad del 80 por ciento y una especificidad del cien por cien o casi del cien por cien, ese test cuando usted tan negativo pues es casi seguro que es negativo, es muy específico.

Sin embargo, si la sensibilidad interpretándolo con respecto a valores predictivos positivos, ¿qué pasa? en una es muy, cuando la prevalencia es baja, que es nuestro caso. Si usted da positivo en un test de ese tipo, la probabilidad de que esto sea un falso positivo es muy, muy, muy alta.

Es decir, si empezamos ahora testear a toda la población, lo que vamos a conseguir son miles. El otro día hice el estudio de tal y estamos hablando de 10 o 15.000 personas con un resultado positivo que en realidad no son positivos.

Eso el impacto, que puede generar ¿vale? y por eso, obviamente, pues los test serológicos están concebidos como primero la OMS no lo recomienda para nada en la población. Claramente dice esto debe utilizarse solamente para estudios científicos. Eso es lo primero.

Pero imaginándonos que los empezamos a utilizar. Obviamente esto sería una herramienta de precibado, vale, o sea esto siempre hay que hacerlo como en fases. La primera pregunta que hay que hacer es. ¿Usted tiene algunos síntomas? ¿Vale? Esto es una especie de precibado. Pues sintomático.

Podemos medir la temperatura ¿vale? Si cumple esos criterios, pues ya podría utilizar un test serológico para ver si tiene el IGM positivo. La IGM pues puede dar positivo, pues puede dar negativo. Ya estamos viendo las reacciones cruzadas con la IGM, es decir, aunque da positivo es falso.

Se hace el siguiente nivel la serología y luego la PCR. Bueno estoy liando con esto, voy a avanzar porque que esto tiene mucho rato.

El Gobierno se está precipitando con la apertura prudente, debe de haber test periódicos, lo que dije antes, o sea, esto es un es un continuo monitorizar.

Las recomendaciones son soltar poco las riendas durante dos semanas y cuando al final de esas dos semanas, unos ciertos indicadores nos dicen: bien, no ha pasado nada; pues entrar en la siguiente fase. Eso tiene que ser nuestra, nuestra estrategia, dado que no sabemos lo que va a pasar.

Por lo tanto, la recomendación es claro: tener un monitor en tiempo real muy sensible a detecta cualquier caso, no bajar con el testing, no bajar con los casos activos y, por otro lado, actuar en cada caso; o sea, ya deberíamos de ir a cada caso llamarle, preguntarle qué contactos ha tenido y estudiar cada contacto; preguntar, si ha tenido síntomas o si las tiene o cuando las va a tener, que nos llamen y que vamos a poner y le hacemos el test y descartamos si da positivo; pues a este le hacemos también un estudio de contactos. Así sucesivamente.

Esto se ha podido hacer en vigilancia epidemiológica con 12 hasta 20 casos. Cuando llegamos a 20 casos ya hay un desbordamiento de trabajo. Es increíble el trabajo que hay que hacer. Además, actualmente no disponemos de una aplicación o en ninguna tecnología que nos podría facilitar ese trabajo. Hay que invertir en eso lo veo fundamental. Necesitamos personas y tecnología para poder llevar a cabo eso. Y más todavía si lo queremos hacer en la Atención Primaria, que eso fue otra pregunta.

Atención Primaria utiliza una historia clínica electrónica que está concebido para atender al paciente, pues múltiples enfermedades, pero no es una herramienta para hacer estudios de contactos. Este módulo habría que crearle y desarrollarle, instalar otra, otra, otras herramientas que la pueden utilizar más que, obviamente, hace falta un cierto conocimiento como se debe de hacer un estudio del contacto, o sea, todo un reto.

Vale. Mantener el estado de alarma, pues combinar los test pues eso ya lo hemos hablado y eso en todo caso, haría una combinación de los test.

Apps de localización. Mira esto del otro. Ayer lo... Austria, pues estaba discutiendo justamente eso. Obviamente debemos que aprovechar las nuevas tecnologías, tienen un potencial tremendo para hacer estos estudios de contactos más fáciles. Eso está por ver si estas Apps realmente funcionan, porque en Austria pusieron en marcha uno se vio que no sirvió para nada. Primero la tecnología tiene que funcionar y lo que dicen ellos claramente es que tiene que ser algo voluntario, que se podría utilizar como algo complementario. Tendrá que ver con todo el tema de Ley de Protección de Datos, etc.

Mascarillas ¿debería de ser obligatorio el uso de mascarillas, ayer y en qué ámbito, en que, en qué colectivos? Pues primero la vía de transmisión del virus, vale, eso nos tiene que quedar claro que es una transmisión directa desde el aire y la atenta, o sea, lo que se sabe hasta ahora, pues es por gotitas, gotitas, o sea, la capacidad de mantenerse dispensado en el aire, flotando, vale, como puede ver, por ejemplo, en casos de tuberculosis o de parotiditis, pues esa, pues no está demostrado ¿vale?

Es verdad que decía esta iniciativa, pero teniendo en cuenta es esa ese de transmisión, por ejemplo, al aire libre, el riesgo de transmitir, de contagiarse es muy bajo porque estas gotas normalmente caen a una distancia de un metro, caen al suelo. Eso por ejemplo en un ámbito cerrado, vale, pues vale, pero donde al aire libre. Yo no me pongo la mascarilla al aire libre no sea que entro en contacto, o sea, sí que me pongo a un metro de una persona, vale, para salir a correr o practicar deporte yo no uso la mascarilla.

Proceso de desescalada a 14 días. Pues eso ya lo he dicho.

Los factores de riesgo, ¿en qué colectivos se está moviendo el virus? Con estos ejemplos de la seroprevalencia del seis por ciento, pues, por favor, que son datos muy preliminares vale.

Como he dicho antes, estamos a un 17 por ciento de la muestra analizada. Lo que sí me ha llamado la atención es que en el grupo de edad de 30 o 40 años la prevalencia es muy mucho más alta, eso cabe la hipótesis que, que donde más ha impactado, o sea, donde más contagios o casos hubo es en los colectivos activo laboralmente activo. Sin embargo, donde más impacto en términos de enfermedad grave, de mortalidad, de hospitalización donde más ha tenido es en mayores claramente, de hecho, después una corona el COVID es considerable como una enfermedad de la edad avanzada.

Estamos viendo la mortalidad por grupos de edad incrementa claramente según va avanzando la edad, y eso hace y a todo esto hay que sumar si hay factores de riesgo en esas personas. Los que tenemos ahora fallecidos en Cantabria por debajo de 60 años, que creo son cuatro de dos, que ha ido estudiando personalmente, pues eran personas pluripatológicas, con múltiples factores de riesgo, respiratorios, etc., ¿vale? Esos son los que los que obviamente tienen más riesgo de fallecer.

El tema de UCI, 80 años. No, no voy a entrar. Eso es, o sea, solo sé que la capacidad de UCI fue suficiente en Cantabria. Lo sé porque he estado en el hospital cuando, cuando el pico y había camas eso es lo que sé. Y sé que todo eso es, aquí siempre se ha hecho a criterios del propio clínico, no me consta ninguna estrategia de cribado en ese sentido.

Vale. El sismógrafo, eso también. Pues eso también me gustaba el símil del sismógrafo porque nuestro sistema de vigilancia debe ser algo así. Tienen que ser capaces de detectar cualquier pequeño terremoto que hay. Y, de hecho, pues yo creo que está concebido de esa manera y puede perfectamente funcionar así.

El sistema de vigilancia sindrómica, pues yo creo que eso sería muy muy bueno también, pues incentivar el desarrollo de eso; cabe pensar, por ejemplo, utilizar el sistema de centinela que actualmente se utiliza para la gripe. Pues añadirle el coronavirus, es decir, que, a ciertos Centros de Salud, dotarles con la capacidad de disponer de un testing, pues muy ágil, para para que nos vayan haciendo una especie de muestra representativa de la población en cuanto empieza a surgir la otra vez una epidemia. En caso de que eso se produzca.

En general, pues la monitorización de enfermedades infecciosas va a ser creo que el reto en el futuro, no solamente pensando en el coronavirus, sino también la propia gripe.

Pero también no hay que olvidar la gran amenaza, que son las bacterias multiresistentes que es un fenómeno que igual va a menos, va más lento y entonces la conciencia pues no se genera tan bruscamente como con el coronavirus, pero, obviamente, en los próximos 10 o 20 años, pues pueden superar las causas de muerte por cáncer o enfermedades cardiovasculares, y va a requerir estrategias de vigilancia y también medidas concretas.

El tema del verano, si va a haber apertura de playas, piscinas, eventos masivos. Lo mismo. Ir monitorizando cada 14 días, ver si ha habido algún cambio, si seguimos bien, con los indicadores. Obviamente. Adelante. No podemos encerrarnos para siempre. Soy partidario de actividades al aire libre, que se puedan, que se puedan practicar.

Posibilidad de rebrotes contempla una medida que... el tema de dejar entrar el virus para, para generar una inmunidad de rebaño, pues eso ya se ha visto, que no es la estrategia. Inglaterra, que inicialmente lo hizo, pues tuvo, que tuvo, que tuvo que rectificar, y también practicar un confinamiento. Eso sobre, ¿por qué no se hace? sobre todo para no sobrecargar el sistema sanitario, los hospitales, si hubiésemos dejado entrar el virus sin confinamiento, casi seguro que hubiésemos desbordado la atención sanitaria. Las camas, cuidados intensivos y la mortalidad hubieran sido superior, seguro.

¿Para cuándo se puede haber una vacuna? Pues eso también va a ser muy interesante. Primero. Si esto, normalmente el desarrollo de una vacuna lleva muchos años porque es una, una medida que afecta a un colectivo muy grande y que no podemos permitir que haya un impacto negativo de la propia vacuna en el colectivo grande. Entonces son ya varios años. Aquí se está intentando acelerar el proceso al máximo, pero los expertos dicen que va a ser muy, muy justo para para este otoño o invierno.

Se están planteando, por ejemplo, los llamados *human challenge trials* que consisten acortar fases de estudios en animales, etc., y utiliza voluntarios humanos, voluntarios, a los que se pone una vacuna ya saltándose alguna fase de desarrollo esta propia. Si esto se va a hacer, porque, claro, eso son cuestiones éticas que hay que considerar.

Bien, pues esto, más o menos ya siguiente, han sido demasiadas preguntas que le quiero hacer antes...

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Lo de los niños.

EL SR. WALLMANN: Perdóneme. Lo de los niños. Ahí tengo muchas dudas también esto nos lleva bastante tarde tema de, o sea, tuvimos aquí casos de, sobre todo, de niños que estaban confinados juntos con padres que eran casos, que aparentemente mente pues no de entrada, no desarrollan una sintomatología típica exploratoria, en general, colectivos

jóvenes tienen una capacidad de generar una respuesta inmune muy rápida; no es como en mayores, que va todo más lento.

Por eso el virus en jóvenes, pues no consigue bajar de manera tan fuerte al tracto respiratorio, pero porque antes ya está eliminado por el sistema inmune, porque es muy ágil.

Sí que, en niños, luego se ha visto, pues que hay algunos síntomas atípicos que puede haber, pero de momento, hasta donde yo sepa, estos no son de una gravedad muy alta, pero incertidumbre, otro través, o sea, no lo sé.

Por último, pues ya simplemente quería aprovechar agradecer el trabajo de todo el equipo que ha estado conmigo en todo esto. ¿Vale? Por un lado, Óscar Puente, por ejemplo, que es un físico que hace la minería de datos para, para poder obtener la información. Marcos Hernández, que es un residente de preventiva que acababa ahora que también ha hecho una labor fundamental; Trini Valle enfermera de Valdecilla, que me ha aportado muchísimo valor. José Luis Bilbao, que me hizo aportaciones de publicaciones científicas. Mar Navarro lo mismo etc., etc.

Muchas gracias.

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

Le damos la palabra los grupos, por el Grupo Mixto. El Sr. Blanco.

Vale muchas gracias.

EL SR. BLANCO TORCAL: Lo primero agradecer las respuestas a las cuestiones planteadas y recalcar la importancia de dos condicionantes que se han ido repitiendo en las diferentes intervenciones.

Por un lado, la importancia de realizar test hay que recordar que en escasamente una semana Cantabria ha pasado de presumir de ser la segunda comunidad autónoma en el número de test que realizada por cada 1.000 habitantes, dentro de una España que también presumía erróneamente de ocupar el octavo lugar en el ranking mundial de la OCDE a ser la sexta comunidad autónoma dentro de una España, que ocupa el décimo séptimo lugar en el ranking mundial, por detrás de países como Italia y Portugal, y por debajo de la media de los países miembros de la OCDE.

En Cantabria, habiendo partido prácticamente de cero hemos avanzado mucho, pero necesitamos mejorar y centrar los esfuerzos en hacer más test para la población.

Es posible El ejemplo tenemos en una comunidad vecina en Asturias que está implementando un plan de test masivos de PCR, que lo sitúa como la quinta región del mundo, con mayor número de test.

Quería preguntarle. ¿Tiene una interrupción o sí? No pensaba que quería preguntarle sobre la posibilidad o la recomendación de que Cantabria implantara ese tipo de protocolos en equipo. El asturiano.

Por otro lado, hablábamos de test y, por otro lado, la importancia de la prudencia. Es comprensible la presión existente dentro de los diferentes sectores económicos para acelerar la incorporación a la plena actividad, pero esta no debería trasladarse a la presión errónea que algunos presidentes autonómicos están realizando sobre el Estado.

En Cantabria, desde el Gobierno regional se nos ha vendido, se nos ha vendido que estábamos a la cabeza en la lucha contra el coronavirus y desde la Consejería de Sanidad, el consejero anunciaba que estábamos preparados para ser una de las provincias que iniciaban la desescalada en la fase 1. Sin embargo, Cantabria no aparece en la lista de las siete comunidades que tiene el virus bajo control. No está entre las que registran menos de dos casos por cada 100.000 habitantes; todo lo contrario, Cantabria es una de las cinco con mayor circulación del virus junto a Madrid, Cataluña, Galicia y Navarra.

Por tanto, para concluir, quedémonos con la importancia de la prudencia y con la importancia de realizar test, test y más test.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias señor diputado.

Por Ciudadanos el Sr. Álvarez.

EL SR. ÁLVAREZ PALLEIRO: Pues nada más Sr. Wallmann, muchísimas gracias por sus explicaciones. Ha sido un placer escucharle y, como no tiene nada, no tiene tiempo para responderme pues yo no voy a ponerme aquí a hacer un discurso político que no viene a cuento.

DIARIO DE SESIONES

Serie B - Núm. 53

6 de mayo de 2020

Página 1051

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias señor diputado.

Por el Grupo Socialista la Sra. Cobo.

LA SRA. COBO PÉREZ: Gracias presidente.

Doctor Wallmann, gracias nuevamente por el exhaustivo informe que ha presentado hoy aquí y sus explicaciones, a nuestras preguntas y cuestiones.

Su presencia hoy aquí en calidad de epidemiólogo, experto en Medicina Preventiva y Salud Pública, pues nos ha permitido, como ha reseñado anteriormente, trabajar desde una perspectiva técnica y experta. Algo muy necesario es relevante en este contexto, por desgracia en constante propagación a veces interesada e irresponsable de juicios y de alarmas, pues a menudo, pues imprecisos e inveraces.

Quisiera trasladar el mensaje que ha trasladado sobre la desescalada, que soltar un poco las riendas y comenzar con la siguiente fase, como usted ha dicho, Sr. Gómez. Y bueno, estamos viendo que a veces esas decisiones deben responder, sobre todo a un criterio experto. No, no dé, de algunas opiniones, que se sacrifican a veces a costa de anteponer la salud a la economía cuando están circulando en paralelo, como no puede ser otra manera.

Sí que quisiera destacar que tenemos que mejorar muchísimo el tema de la vigilancia epidemiológica, tanto desde el punto de vista de las redes centinela, como usted ha dicho.

Es decir, que seamos más capaces de detectar el más mínimo caso en cuanto llegue a los dispositivos sanitarios y que y bueno, pues que hagamos esas pruebas y que en el caso de que den positivo, pues se intervenga en salud pública para detectar a su vez, pues los contactos de que de ese caso positivo tienen y establecer sobre todo las medidas correctoras, y que se es el plan fundamental, que mejoramos sobre todo la vigilancia epidemiológica.

En referencia a lo que ha realizado sobre el estudio de contacto, sobre todo por qué se necesita más personal y tecnologías y sobre todo preparar esas zonas del COVID-19, que está claro que lo van a hacer desde Atención Primaria para, pues para evitar sobre todo rebrotes y, y está creado esa detención precoz, precoz con pruebas masivas.

Bueno, pues satisface escuchar una voz profesional, una voz neutral que ha traído a esta Comisión y a este Parlamento un informe detallado de la gestión del COVID-19 en Cantabria, sobre todo basado en datos, en estadísticas, en gráficas, en marcadores, de números y sobre todo el criterio de un experto.

Bueno, quisiera volverle a agradecer el trabajo y su disposición y sobre todo también que se lo transmita a todo su equipo.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, señora diputada. Por el Grupo Popular, Sr. Pascual.

EL SR. PASCUAL FERNÁNDEZ: Muchas gracias señor presidente.

No voy a hacer uso de mi turno. Simplemente dar las gracias al Sr. Wallmann y estoy absolutamente convencido que el acta de esta sesión estará como un acta de cabecera cuando elaboremos las conclusiones de la misma.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Gracias, señor diputado.

Y por último por el Grupo Regionalista, la Sra. Obregón.

LA SRA. OBREGÓN ABASCAL: Muchas gracias presidente.

Pues nada, yo muy brevemente quiero agradecerle sus respuestas y también el trabajo de todo el equipo que le ha acompañado para traernos hoy esta información y en definitiva el agradecimiento también a la atención pública, sanitaria y de calidad con la que contamos.

Bueno, yo por extraer una conclusión muy breve con respecto a la desescalada, lo que he entendido es que hay que monitorizar la apertura, hay que ir viendo los resultados, que no se dispone de información y lógicamente el escenario es de

DIARIO DE SESIONES

Página 1052

6 de mayo de 2020

Serie B - Núm. 53

incertidumbre y que, y que con ello debemos acompañarlo con una serie de medidas de vigilancia epidemiológica para rastrear contactos y de esos posibles contagios.

Y bueno, todo ello lo que me lleva es a una conclusión que creo que es muy importante, porque al final debemos hacer una reflexión, que es los recortes en investigación.

Ahora estamos en un momento en el que todos somos muy sensibles a todos los medios y toda la información de la que se dispone, y yo creo que es importante que destinemos el mayor número de recursos económicos a la investigación para, en la medida de lo posible, disponer de conocimiento para hacer frente a problemas como como el que está ocupándonos actualmente.

Muchas gracias.

EL SR. PRESIDENTE (Gómez Gómez J.): Muchas gracias señora diputada.

Y habiendo concluido todas las intervenciones, damos por finalizada la comisión de hoy. Muchas gracias a todos y a todas.

(Finaliza la sesión a las catorce horas y treinta minutos)