

SOCIEDAD

LA CRISIS DEL CORONAVIRUS

El auge de los contagios cuestiona las medidas de Semana Santa

La incidencia crece un 21,8% en siete días y roza los 200 casos por 100.000 habitantes en España. La variante británica supone entre el 60% y el 90% de los diagnósticos

JESSICA MOUZO, Barcelona
La cuarta ola avanza en España. Aunque a distintas velocidades, la curva de contagios crece en casi todas las comunidades (excepto Baleares) y sitúa la incidencia media a 14 días en 199 casos por 100.000 habitantes en el país, un 21,8% más que hace una semana. También se recrudescen la presión en los hospitales, donde más de 10.200 personas están ingresadas con covid y, en concreto, en las unidades de cuidados intensivos (UCI): una de cada cinco plazas (2.161) están ocupadas por enfermos con coronavirus. La mayoría de las comunidades encaran el nuevo azote del virus con cierres perimetrales y restricciones sociales, pero el auge de la curva epidémica vuelve a cuestionar la escasa dureza de las medidas. Por ejemplo, Madrid, que tiene una incidencia de 336, mantiene la restauración casi completamente abierta, pese a la recomendación del Ministerio de Sanidad de cerrar los interiores de los bares cuando este indicador supere los 150. Los expertos consultados son tajantes: hacen falta medidas más severas.

Un elemento en contra del control del coronavirus y que alienta más restricciones es la presencia de la variante británica, más contagiosa y predominante en España y que supone entre el 60% y el 90% de los contagios, según la autonomía. Daniel López-Acuña, experto en Salud Pública y ex director de la OMS, avisa de que por su culpa "aumentará la velocidad de contagios y la saturación hospitalaria". Esta variante lleva meses circulando por España y también es la mayoritaria en el Reino Unido, donde hay un control efectivo del virus con medidas muy duras. El Ministerio de Sanidad recoge en su informe al respecto que hay otras variantes presentes (la originaria de Sudáfrica, dos brasileñas, una californiana), pero es la británica la mayoritaria desde hace más de un mes. Se trata de una variante con más facilidad para contagiarse, pero que tiene co-

mo principales características un "escaso efecto sobre la inmunidad" con una "ligera reducción de la efectividad vacunal", según la web de Sanidad.

La curva de ascenso tiene varios ritmos. Avanza más deprisa en Andalucía, Aragón y Castilla-La Mancha, donde ha crecido más de un 40% en una semana; en Castilla y León alcanza los 196 casos por 100.000, un 27% más que el lunes pasado. Y Madrid, Na-

varra, Cantabria, País Vasco y La Rioja tienen una incidencia en torno a un 20% mayor. El resto de las comunidades avanzan a un ritmo más lento. La física Clara Prats, experta en modelos computacionales de enfermedades infecciosas y miembro del grupo de Biología Computacional y Sistemas Complejos (BIOCOM-SC) de la Universidad Politécnica de Cataluña, reflexiona: "Es normal que vayan a velocidades distintas por-

que depende de las medidas implementadas en cada sitio, de la adherencia de la gente a estas restricciones, la historia de cada sitio y su nivel de inmunidad natural, la forma de relacionarse...".

Según el semáforo de riesgo del Ministerio de Sanidad, 11 comunidades registran una incidencia por encima del umbral de peligro alto o muy alto por el coronavirus (más de 150 casos por 100.000 habitantes).

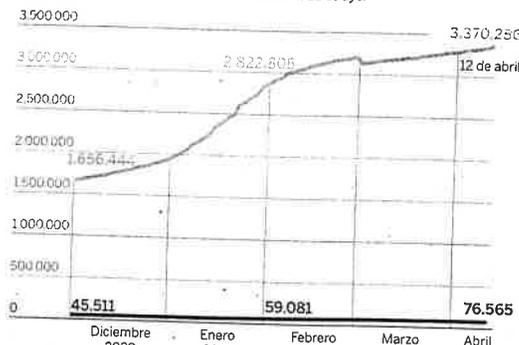
Y la situación apunta a que irá a peor, al menos durante los próximos días. El efecto de la Semana Santa, cuando se intensificaron la movilidad y también las interacciones sociales, empieza ahora a vislumbrarse en la curva epidémica. Esta semana y la siguiente serán clave para ver la dimensión de la cuarta ola.

El director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Fernando Simón, señaló ayer: "Ahora estamos viendo la transmisión que se produjo en Semana Santa. Frenar lo que ya pasó no podemos hacerlo. Podemos frenar lo que pueda pasar de aquí en adelante. Podemos evitar llegar a los 300 casos por 100.000. Nos ayudará a controlar la epidemia las medidas que han impuesto las comunidades y la vacunación".

Para frenar el envite del virus, la mayoría de las comunidades

Casos confirmados en España

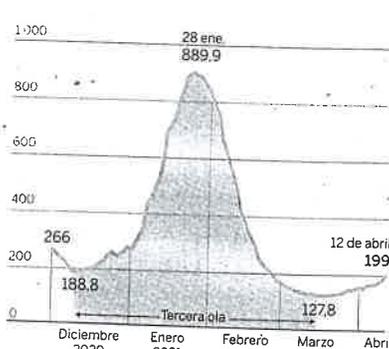
Actualizado con los datos del Ministerio de Sanidad de ayer



* Cataluña eliminó casos duplicados el 2 de marzo de 2021.

Tasa de incidencia

Casos por 100.000 habitantes en los últimos 14 días



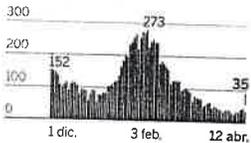
Fuente: Ministerio de Sanidad y elaboración propia.

Evolución diaria

Cada barra representa la media diaria en los últimos siete días



Fallecidos



Por comunidades autónomas



El 6,6% ha recibido ya la pauta completa

Los expertos fían buena parte de la evolución de la curva epidémica al ritmo de la vacunación. Cerca de 3,1 millones de españoles —el 6,6% de la población— han recibido la pauta completa, pero no todos los grupos vulnerables están protegidos: si bien quienes viven en residencias de ancianos han sido vacunados ya, y el ritmo en los mayores de 80 se acelera —el 94% tiene ya una dosis, cuya eficacia es del 70%—, solo el 18,7% de las personas entre 70 y 79 años y el 26% de la población entre 60 y 69 han recibido al menos un pinchazo.

Jesús Molina Cabrillana, epidemiólogo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, sostiene: "La vacunación es la mejor estrategia, pero lleva su tiempo. Quizás esta ola no será tan alta porque no ha habido tantos encuentros sociales en Semana Santa como en Navidad, y una parte de los vulnerables están protegidos". Pero si no se refuerzan las restricciones, alerta el epidemiólogo, "este valle de incidencias altas se va a alargar durante un tiempo y eso son costes, en hospitalizaciones y en muertes".

JAVIER SAMPEDRO

Bonita idea, especie errónea

Le he fusilado el titular al biólogo evolutivo Edward O. Wilson, quien, preguntado una vez por su opinión sobre el comunismo, respondió con estilo característico: "Bonita idea. Especie errónea". Wilson era un estudioso de los insectos sociales, como las abejas y las hormigas, y sabía que esos enjambres formaban organizaciones óptimas con una facilidad asombrosa. Con la posible excepción de la reina, los individuos ahí solo cuentan como

números y no dudan en sacrificar sus vidas por el bien de la colmena. El comunismo, pensaba Wilson con sarcasmo, sería una excelente teoría para una colonia de insectos, pero no funcionaba en una especie como la nuestra, formada por agentes libres, críticos y reflexivos, y por otros dañinos, perversos o antisociales, pero igualmente individuales e irrepetibles. Bonita idea, especie errónea.

El director general de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) y una treintena de líderes mundiales han apoyado a principios de este mes la firma de un tratado internacional vinculante que prepare al mundo para la próxima pandemia. La idea es un acuerdo coordinado por la OMS que comprometa a las naciones firmantes a compartir su conocimiento en beneficio de la salud global. ¿Quién podría oponerse a ese objetivo? Nunca hemos visto nada igual, salvo en las series malas de ciencia ficción. Un acuerdo

global limitaría los daños de una futura pandemia de forma drástica, y hasta podría yugularla de raíz. Pero nuestra capacidad para actuar de una forma óptima y altruista, racional y sensible, es una profunda incógnita. Como argumenta el editorialista de *Nature*, basta mirar lo que ocurre en esta pandemia para dudar de ello.

Los gobiernos tenían a mano —y estaban informados de ello por la OMS— acordar una distribución internacional de vacunas que hubiera priorizado a la población vulnerable de todo el mundo y a los sanitarios de primera línea antes que a la gente joven y de mediana edad de su territorio. Era muy dudoso que fueran a hacerlo, y no lo han hecho. Los go-

La preocupación de los países con recursos por los sanitarios de África es nula

biernos de los países con recursos están dándolo todo para alcanzar la inmunidad de rebaño dentro de sus fronteras, y su preocupación por los sanitarios de África es, redondeando un poco, nula.

El resultado es que el mundo rico estará vacunado a finales de este año, y los países en desarrollo tendrán que esperar a 2023, siendo optimistas. Pero una pan-

LA CRISIS DEL CORONAVIRUS

SOCIEDAD

han optado por mantener las restricciones sociales pactadas para la Semana Santa, como el cierre perimetral (solo Madrid y las islas han abierto fronteras tras los festivos). El toque de queda —desde las 22.00 o las 23.00, según el territorio— y la limitación de las reuniones también se mantiene en todas las autonomías, pero el resto de las restricciones varían según la comunidad o, incluso, el municipio. Y no necesariamente las zonas más castigadas son las más severas con sus medidas: frente al caso de Madrid y su política de restricciones más laxas, la Comunidad Valenciana, que pasó una tercera ola muy dura, ha mantenido limitaciones sociales muy estrictas pese a tener la incidencia más baja de España (36,34): el aforo de los bares es del 30% en el interior y cierran a las 18.00 (en Madrid el aforo es del 50% y cierran a las 23.00).

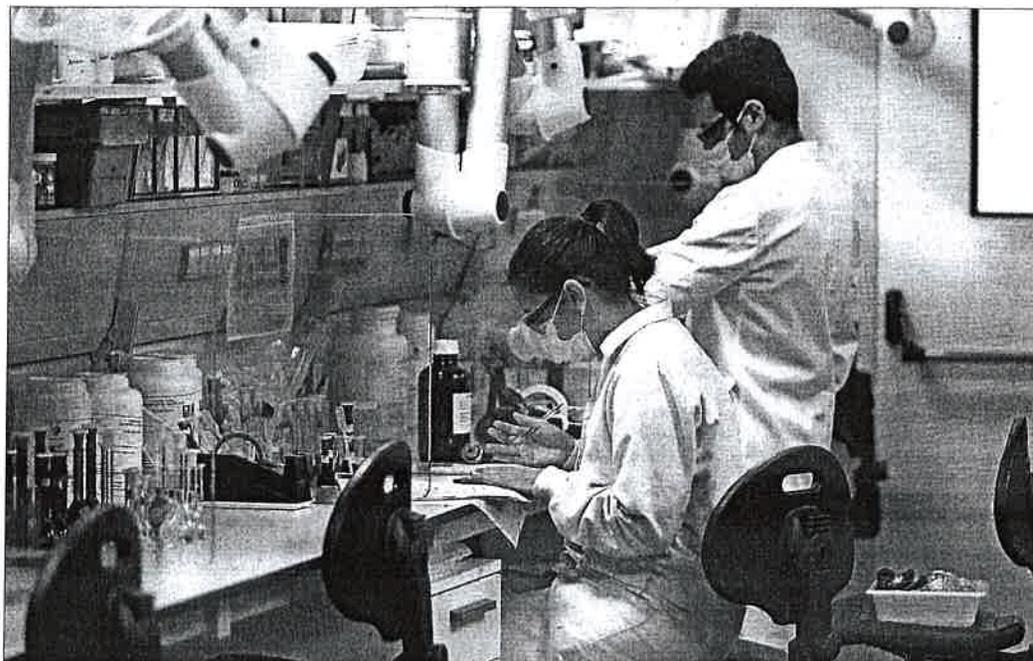
Daniel López-Acuña, exdirector de Emergencias de la Organización Mundial de la Salud, apunta: "El problema de base viene de antes de Semana Santa. Eran medidas de mínimos que se tendrían que haber aumentado al subir la incidencia. Apostamos demasiado a que lo que nos iba a ayudar eran los cierres perimetrales y el toque de queda. Esas dos medidas pueden reducir un 50% los contagios, pero el resto depende de lo que hagas dentro de los perímetros. Hay que tener una actitud más restrictiva en el interior de bares y en los aforos de gimnasios y centros comerciales".

Cierres

Algunas comunidades han endurecido las restricciones ante el auge de contagios: Cataluña (227 casos por 100.000) ha decretado el cierre comarcal; Cantabria (161) ha clausurado el interior de la hostelería; y Castilla y León, la restauración de varias ciudades, como Salamanca.

Jesús Molina Cabrillana, epidemiólogo de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, insiste: "Hay que ser más agresivo con las medidas. Además de limitar la movilidad, la clave es cerrar el interior de los bares. No se trata del interior de los locales, sino de lo que se hace dentro de esos locales". Coincide Juan Pablo Horcajada, jefe de Enfermedades Infecciosas del Hospital del Mar de Barcelona: "Para evitar este desastre, hay que aumentar la distancia social. El virus tiene aún mucha gasolina para quemar a millones de personas".

demia es un desastre global, y solo puede resolverse vacunando al mundo entero. El filósofo político Daniel Innerarity me regañará por arrogante —lean su profundo artículo de ayer, una verdadera lección de pensamiento—, pero una función de la ciencia es transmitir datos e ideas que informen a los políticos y a la población. Los gobiernos, por supuesto, tienen que adoptar las decisiones clave, y el mejor ejemplo acabamos de discutirlo: vacunar al mundo o a tu provincia. Es evidente que un político las pasaría canutas para justificar lo primero, pero eso no acaba de constituir un argumento a favor de lo segundo. Tal vez, después de todo, seamos una especie equivocada.



Laboratorio de control de calidad de la empresa que producirá la vacuna de Janssen, el 26 de marzo en Barcelona. / ANDREU DALMAU (EFE)

PABLO LINDE, Madrid
¿Es mejor una vacuna con una eficacia del 90% que una del 70%? La respuesta parece obvia, pero no es tan fácil. Las explicaciones sencillas no se suelen llevar bien con la ciencia. Por inevitable que pueda parecer la preferencia por la vacuna que mayor porcentaje haya publicado en sus estudios, ni son cifras comparables ni reflejan bien el riesgo que cada persona, individualmente, tiene de sufrir la covid tras la inoculación. Los expertos insisten en que cualquiera de las aprobadas es buena y segura.

España recibe mañana la primera remesa de Janssen, la cuarta vacuna contra el coronavirus que ha aprobado Europa. Son las primeras 300.000 unidades de los 5,5 millones con los que las autonomías contarán este trimestre. El criterio para aplicar este pinchazo es el de la edad, como sucede con las de Pfizer y Moderna. Más de nueve de cada 10 mayores de 80 años ha recibido ya la primera dosis de uno de estos dos fármacos, y la ministra de Sanidad, Carolina Darias, anunció ayer que la de Janssen iría destinada, en principio, al siguiente grupo, el de los que tienen entre 70 y 79 años. Esta franja podrá recibir este medicamento o uno de los dos ya mencionados.

De las vacunas que ha aprobado la Agencia Europea del Medicamento (EMA, por sus siglas en inglés), la de Janssen es la que menos eficacia presentó en los primeros resultados: un 67%, por un 95% de las de Pfizer y de Moderna y el 76% de la de AstraZeneca, según los últimos estudios. Pero esto no significa que sea peor.

¿Qué es la eficacia? Esos porcentajes son los primeros resultados de los estudios de fase III que cada farmacéutica presentó a la EMA. En estos ensayos los participantes se dividen en dos grupos: a uno se le inyecta el fármaco y a otro un placebo. Son experimen-

El medicamento de Janssen se usará en primer lugar para proteger a personas de 70 a 79 años

Comparar entre vacunas es difícil y prematuro

Los resultados de un fabricante no son equiparables con los de otro

Todos los fármacos aprobados aportan una inmunización de grupo suficiente

tos con decenas de miles de personas a las que se hace un seguimiento para comprobar cuántas de ellas se infectan con el SARS-CoV-2. Si el 10% de los sujetos infectados estaban en el grupo vacunado y el 90% en el placebo, quiere decir que la vacuna tiene una eficacia del 90%.

¿Se puede comparar la eficacia de las vacunas? No. Para eso sería necesario realizar un solo experimento con todas las vacunas aplicando a cada grupo una y después comprobar qué porcentaje de infectados hay en cada uno. Pero no se ha hecho así, algo prácticamente imposible y poco práctico en las circunstancias actuales. Cada experimento tenía un diseño propio, un contexto diferente de población y distintas variantes del virus circulando. Se han estudiado en momentos y lugares diferentes, por lo tanto, los porcentajes que dan no son comparables. La vacuna de Janssen, por ejemplo, se experimentó cuando ya estaban circulando las variantes sudafricana y británica, más contagiosas y aparentemente más resistentes a las vacunas, algo que no sucedía cuando Pfizer y Moderna realizaron sus ensayos clínicos. Como indica Federico Martínón, jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago, incluso si los porcentajes

77% al 87%. Además, en los ensayos clínicos ningún vacunado murió por covid.

¿Cuál es más efectiva? La eficacia es el porcentaje descrito en los ensayos clínicos, un concepto distinto al de la efectividad, que se refiere a la capacidad de frenar la enfermedad en poblaciones reales, fuera de los experimentos controlados, que se hacen en personas sanas. Siempre será, por tanto, menor. Todavía es pronto para saber con exactitud la efectividad de cada vacuna en un escenario real y hasta qué punto evitan infecciones asintomáticas, pero lo que van mostrando los resultados preliminares es que todas las que ya están desplegándose tienen muy altos porcentajes a la hora de evitar la enfermedad grave, ingresar en la UCI y morir. Tampoco se conoce cuánto dura esta inmunidad, algo que solo dirá el tiempo.

¿Cómo puedo saber qué vacuna me protegerá más? La protección frente a la infección es importante cuando se estudian poblaciones, puesto que si hay mucha población vacunada con remedios de alta efectividad, el virus no podrá seguir propagándose. Es lo que se conoce como la inmunidad de rebaño. "Los porcentajes de todas las vacunas aprobadas son suficientes para alcanzar esta inmunidad si la mayoría de la población se inyecta", explica Vicente Larraga, investigador del CSIC. "Tradicionalmente, siempre se ha considerado que una vacuna con una eficacia de más del 60% es buena, y las cuatro que hay ahora en España superan esa cifra", añade. Pero individualmente, estar infectado de forma asintomática o muy leve es poco relevante; resulta mucho más trascendente fijarse en la protección frente a la enfermedad crítica y la muerte, que por los datos que se conocen es similar, y muy alta en todas ellas.

fueran comparables, realmente no son tan diferentes como pueden parecer a simple vista. "Si miramos con más detalle los intervalos de confianza de cada dato, vemos que la eficacia es muy parecida entre distintas vacunas", añade. En estadística —y los ensayos se miden así— el resultado no es un número exacto, sino que, en verdad, es una ventana de ellos. Cuando se dice que una vacuna tienen una eficacia del 76% se está diciendo que sus resultados oscilan alrededor del 76% (por ejemplo, del 71% al 81%), y ese intervalo puede coincidir con el de una vacuna a la que se le haya atribuido una eficacia del 82%, pero cuyo margen de error haga que el resultado vaya del