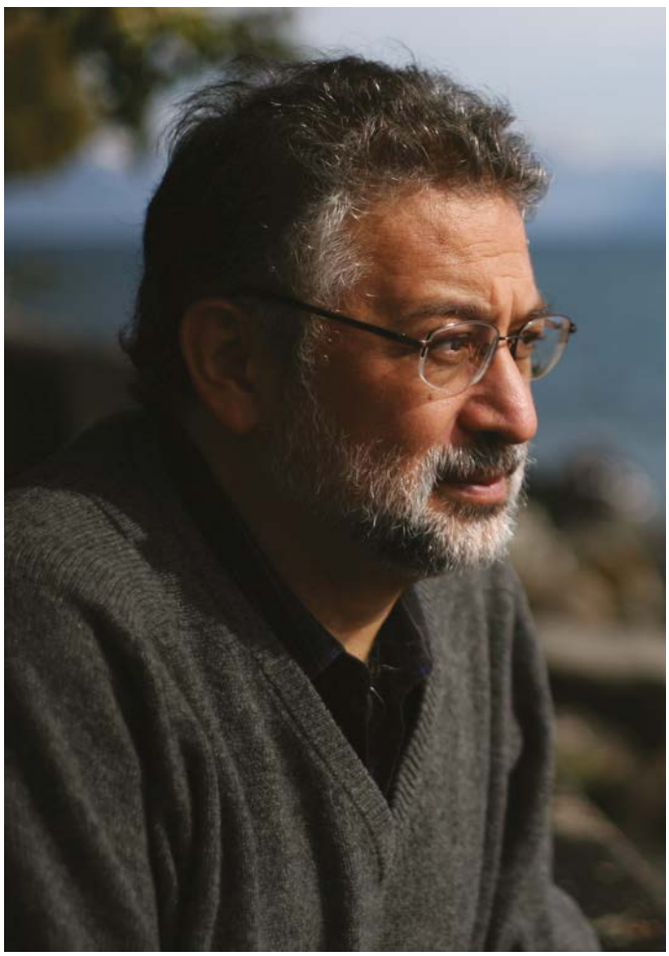
DANIEL LÓPEZ ACUÑA, EPIDEMIÓLOGO Y EXDIRECTOR DE ACCIÓN DE SALUD EN CRISIS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

"LA INMUNIDAD DE GRUPO NO EXISTIRÁ HASTA QUE HAYA UNA VACUNA O HAYAN PASADO MUCHOS CICLOS EPIDÉMICOS"



El exdirectivo de la OMS analiza los datos de la primera ronda del estudio de seroprevalencia del SARS-CoV-2 en España y considera clave que las comunidades autónomas refuercen la capacidad de hacer test de PCR, pero no de forma masiva a toda la población.

A segura **Daniel López Acuña**, *exdirector de Acción de Salud en Crisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y profesor de la Escuela Andaluza de Salud Pública*, que *"quien pensara que la prevalencia del SARS-CoV-2 iba a ser mayor no tenía ni idea de la dinámica epidemiológica. El estudio de seroprevalencia que coordina el Instituto de Salud Carlos III no es para nada sorpresivo y confirma las hipótesis y las sospechas que muchos epidemiólogos teníamos de que la prevalencia iba a estar oscilando entre un 5% y un 10%"*,

Una primera lectura, dice, de los datos de la primera ronda de ese estudio es que la prevalencia en España es parecida a la de otros países de Europa y de fuera de ella y, una segunda, que existen dos velocidades en las comunidades autónomas. *"Hay una gran variabilidad por territorios porque tenemos varias comunidades autónomas con una seroprevalencia de menos del 2%, como Asturias con un 1,8%, y otras que están por encima del 10%, como Madrid y algunas provincias de su entorno como Soria y Segovia por ejemplo"*, indica.

"Esa gran variedad viene a confirmar lo que habíamos venido diciendo todo el tiempo: la epidemia en España iba a dos velocidades y había un grupo de comunidades con mucha más transmisión comunitaria sostenida y otro grupo de comunidades que tenían un patrón de transmisión más contenido, más reducido", añade el epidemiólogo, que remarca la importante relación que este nuevo coronavirus tiene con la densidad de población y con las grandes concentraciones urbanas.

Inmunidad

"El estudio nos indica que todavía tenemos entre un 85% y un 95% de población de España, según la comunidad autónoma, que no ha padecido la infección. En promedio es un 95% de españoles y españolas que no la han padecido. Son solo de dos a dos y medio millones de personas las que la han tenido", insiste, *"y eso implica que todavía tenemos que mantener la guardia en alto, que tenemos que seguir las medidas de distancia física a rajatabla y que tenemos que usar la mascarilla para protección en espacios públicos y en el transporte público"*.

Pero también, añade, *"tenemos que hacer un rastreo de todos los contactos de los casos nuevos para aislar a posibles transmisores sean sintomáticos o asintomáticos".* Como para pensar en la inmunidad de rebaño. *"En ningún momento era concebible que tuviésemos una inmunidad de grupo* -subraya López Acuña-, *quien pensara en eso estaba fuera de la realidad. No se produciría ni en tres ciclos o cuatro ciclos de epidemias como las que tuvimos y hemos tenido solo el 5% de población infectada".*

En opinión de este experto en salud pública, con ese dato, el estudio al menos permite despejar de manera clara el *"fantasma"* de la inmunidad de rebaño *"que no venía al caso y que no nos era de ninguna utilidad porque no existirá* hasta que haya una vacuna o hayan pasado muchos ciclos epidémicos". Pero, con ello, el estudio pone de manifiesto que *"hay una gran cantidad de población susceptible y que tenemos que tener un extremo cuidado"* para que los nuevos casos que puedan ir surgiendo no reintroduzcan la enfermedad.

Desescalada

"El rebrote no es por la baja prevalencia, sino porque tengamos casos no controlados que transmitan la enfermedad", advierte López Acuña, que, sobre el proceso de desescalada en España, vuelve a recordar la gran influencia que ha tenido la situación territorial en que haya dos velocidades de infección: *"Se viene viendo desde el comienzo: las comunidades de baja densidad poblacional y que habían tenido pocos casos iniciales, los habían contenido razonablemente en comparación con las comunidades de grandes ciudades, mucha coexistencia en espacios reducidos y mucho transporte público en las que la transmisión, por supuesto, es mucho más acentuada".*

De ahí, añade, que sea tan importante que las comunidades con diferentes magnitudes, *"como se está planteando y haciendo",* lleven a cabo una desescalada asimétrica e*n la que "se haga la diferenciación según las variables epidemiológicas y de asistencia sanitaria de los territorios que están listos para poder ir abriendo un poco más que en los territorios que no lo están"*. Y de ahí también que sea clave mantener el aislamiento territorial.

"Por el momento es una muestra muy clara de que tenemos un gradiente de casi diez veces o más entre territorios y territorios y que, por eso, ha sido fundamental no permitir esta movilidad ínterterritorial, sino ir haciendo un desconfinamiento compartimentalizado, por decirlo de alguna manera", señala López Acuña, que indica que la primera fase de la desescalada *"es en la que tenemos que tener toda la cautela para que la infección no se difunda en mucha mayor medida".*

No pasa por alto que, pese al esfuerzo que investigadores científicos en todo el mundo están realizando para avanzar en el conocimiento del virus, aún es un gran desconocido. *"Todavía estamos aprendiendo mucho sobre su comportamiento, su patogenicidad, su transmisibilidad y su variación estacional. No lo sabemos todavía bien a bien. Pero sí sabemos* -indica- *que se trata de un virus altamente contagioso, que hay muchísimos casos asintomáticos como revela la propia encuesta de seroprevalencia y que hay muchísimos casos que están por debajo de la linea de flotación del iceberg".*

En este sentido, explica que el hecho de que se hayan confirmado aproximadamente 250.000 casos positivos y, según ese estudio, existan casi dos millones y medio de españoles que han tenido la infección *"nos dice que afecta a las personas diez veces más de lo que logramos diagnosticar a través del sistema sanitario"* debido a que *"hay muchísimos oligoasintomáticos o asintomáticos".* Pese a que aún queda mucho por saber sobre el SARS-CoV-2, *"ahora estamos aprendiendo todos los días más sobre la patología, sobre el hecho de que no es solamente una neumonía bilateral severa y atípica".*

Factores

Enumera algunos de los efectos secundarios que se han ido detectando en los pacientes que han tenido la enfermedad. *"Ahora sabemos que hay una reacción inflamatoria muy fuerte, que hay problemas de coagulación intravascular, que afecta a múltiples órganos, que tiene manifestaciones dermatológicas particularmente en niños y en menores, pero también en adultos, es decir, estamos cada día documentando más lo polifacético que es este virus, y las infecciones y las reacciones patológicas que desarrolla".*

¿Cómo influirá la meteorología en su comportamiento, ahora que se acercan los meses de verano? *"Todavía no sabemos si en efecto en los meses de verano tendremos un abatimiento de la capacidad, de la virulencia y de la patogenicidad del virus; si tendremos un ciclo estacional como en otros virus respiratorios, en donde veamos un resurgimiento en el otoño/invierno"*, dice López Acuña, que señala que también se desconoce cuál es la duración real de la inmunidad y *"si va a ser duradera por varios años o solo meses, o es de por vida".*

"Nos encontramos todavía en esa fase en la que estamos desbrozando el terreno para entender bien de qué se trata todo y no hay, en estos momentos, una conclusión firme sobre el calor", reitera, puesto que *"estamos viendo que en muchas zonas tropicales o subtropicales hay una proliferación importante de la infección del virus, no hay una cosa así tajante en la que uno pueda decir que, pasado cierto paralelo en términos de latitud o cierta variabilidad en términos de temperatura promedio, hay menos infectividad del virus".*

Diagnóstico

Sobre la conveniencia o no de realizar pruebas de detección por PCR de forma masiva, López Acuña considera que es muy importante explicar que *"sí hay que hacer muchos más test, pero no de forma masiva a toda la población".* Sí considera que hay que hacer muchos más, *"quizá uno o dos millones más, pero focalizados a todos los contactos de casos sospechosos o confirmados, que pueden ser diez o veinte contactos por cada caso nuevo que se da"*.

También incide en que sí hay que hacer test a todo el personal sanitario y sociosanitario, *"no una vez, sino hacerlos periódicamente para poder asegurar que no son transmisores de la enfermedad en establecimientos sanitarios, en las residencias geriátricas u otros centros de carácter sociosanitario".* Y a todas las personas que están en una primera línea de acción, especialmente a quienes están en contacto con personas que pueden padecer la enfermedad. "*Es importante insistir en que hay que mantener un mecanismo de*

verdadero blindaje de las residencias geriátricas, lo cual implica test a los residentes y a los trabajadores. Si hay algo que tiene que hacerse para ahora y para el futuro es reforzar en todas las comunidades autónomas la capacidad de hacer test de PCR", afirma.

En cuanto a los test rápidos, matiza que *"nos sirven para encuestas como el estudio de seroprevalencia, para hacer tamizajes o cribados de grandes números de población para que quienes resulten positivos puedan someterse a una PCR para ver si son infectantes o no, pero el test rápido no es un sustituto del PCR ni es algo que se pueda pensar que va a tener unas ventajas diagnósticas".* Determinar positividad de anticuerpos, según recuerda López Acuña, *"implica que existió o existe una infección, pero no nos está diciendo que el virus esté ahí presente y esté siendo transmitido".*

Vulnerabilidad

El virus de la Covid-19 también ha puesto de manifiesto lo vulnerable que es la especie humana. *"Es un virus nuevo que saltó de especies animales a la especie humana y ya había ocurrido con el Sida, el Ébola, el SARS y el MERS. Por ello, deberíamos de situarnos en el escenario de que, en el marco de la ecología, podemos tener muchos más saltos de virus de reservorios animales a humanos que pudieran ser así de patogénicos y nosotros ser así de vulnerables"*, dice López Acuña.

La receta está clara: *"Mientras más conozcamos y tengamos una monitorización de estos agentes patógenos y el desarrollo de agentes terapéuticos o vacunas, estaríamos más protegidos, pero por eso muchísima gente venía anunciando y señalando que estábamos expuestos al riesgo de una pandemia de esta naturaleza".* Y ésa, dice, es la principal lección que deja esta pandemia, que las políticas de salud pública son fundamentales.

"Por muchos años desatendimos y pensamos que no era importante invertir y trabajar en mecanismos de salud pública, de vigilancia epidemiológica, de investigación de vacunas para agentes infecciosos, de iniciación de tratamientos, de reservas estratégicas de equipos de protección". Hoy, con un virus para el que aún no se sabe con certeza cuándo podría estar disponible una vacuna, *"nos damos cuenta de que tenemos que hacer muchas más inversiones en salud pública porque en el centro de la cuestión está la vida de millones de personas".*

> ***"Las comunidades de baja densidad poblacional y que habían tenido pocos casos iniciales, los habían contenido razonablemente en comparación con las comunidades de grandes ciudades"***

Inversión

El exdirectivo de la OMS insiste en que la gran lección de esta pandemia es *"esta humanidad tiene que entender que tiene que invertir mucho más en su protección a través de salud pública y de vigilancia epidemiológica; esto no es una de esas historias que se relegan, que son poco productivas o que se posponen porque se le da prioridad desde la carrera armamentística hasta otras cosas que son mucho más superfluas, esto está en el centro de la protección de la vida y requiere de inversión".*

Mientras la investigación del virus avanza, López Acuña considera que la clave para contener su propagación sigue siendo mantener las medidas de distancia física, de protección y de confinamiento *«cuando ha sido necesario»*, y combinarlas con la identificación de casos, el rastreo de controles y las pruebas a casos para evitar que haya transmisión por parte de asintomáticos positivos.

El ejemplo de ello, pese a que haya habido algunos repuntes, lo sitúa en países como China, Corea del Sur o Singapur, en donde han utilizado además la tecnología para contener la propagación del virus. *"La tecnología contribuye a que mejores nuestra capacidad de respuesta, pero también ha tenido que ver mucho con las medidas draconianas de confinamiento, aislamiento y cuarentena, así como el comportamiento de la población, la responsabilidad individual y la responsabilidad social puesto que estas medidas suelen ser mejor tomadas en las sociedades confucianas que en las occidentales"*, considera el epidemiólogo. ✚

Perfil

Daniel López Acuña se licenció en 1978 en Medicina en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Es maestro y doctor en Salud Pública por la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins de Baltimore. Actualmente, es profesor adjunto de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. Ha sido docente de la Facultad de Medicina de la UNAM y de la Escuela de Salud Pública de México y profesor visitante en diversas universidades de Estados Unidos, España y América Latina.

Ha trabajado durante más de 30 años para la Organización Mundial de la Salud (OMS) desempeñando diferentes cargos directivos. Entre 2006 y 2011 fue director de Acción de Salud en Crisis en la sede de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. En 2011 fue nombrado asesor del Director General de la OMS y prestó apoyo al diseño y a la implementación de la reforma de esta institución.

En 2013 fue nombrado director de Cooperación y Colaboración con los Países del Sistema de las Naciones Unidas, cargo con el que ha participado en las discusiones sobre el reposicionamiento del Sistema de las Naciones Unidas para los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030. Se retiró de la OMS en noviembre de 2014 y, desde entonces, trabaja como consultor independiente en los ámbitos de salud pública, sistemas de salud, cooperación para el desarrollo, salud de los migrantes y los refugiados y asistencia humanitaria.