



España resiste en el escenario de contención e investiga el origen de los casos que no han viajado a las zonas de riesgo

Imágenes de la semana



Separ y SEMI firman un convenio de cooperación científica y técnica

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) ha firmado un acuerdo con la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ) para el desarrollo de cooperación científica y técnica tanto en el plano formativo como en el investigador. El acuerdo ha sido rubricado por el presidente de SEMI, Ricardo Gómez, y por el presidente de Separ, Carlos A. Jiménez-Ruiz.



Facme recibe el premio Código Sepsis

La Federación de Asociaciones Científico-Médicas Españolas (FACME) ha recibido de manos de la Fundación Código Sepsis y de la Fundación Micellium el premio Código Sepsis. Este premio, entregado en el Clínico San Carlos de Madrid, reconoce la contribución y apoyo de FACME al nacimiento del "Proyecto Código Sepsis" en 2015, creado con el objetivo de disminuir la mortalidad asociada a la sepsis, una patología grave que registra un nivel de fallecimientos de hasta el 30% en los hospitales españoles.



Incontinencia urinaria y suelo pélvico

La incontinencia urinaria y la patología de suelo pélvico suponen un problema asistencial y social por el deterioro de la calidad de vida que representa para los pacientes, pero existen alternativas como la cirugía, los neuromoduladores o la implantación de esfínteres artificiales, según se ha puesto de manifiesto en la octava edición del curso de "Cirugía de incontinencia urinaria y suelo pélvico". Estos temas se han abordado en su octava edición mediante mesas redondas, conferencias magistrales y procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de estas patologías.



Premio a la formación en riesgos laborales

El Hospital Virgen del Rocío ha recibido el Premio a la Formación de la VI Edición de los Premios de Seguridad y Salud Laboral, creados por la Revista Formación de Seguridad Laboral para exaltar los méritos en las personas y entidades, públicas y privadas que más se hayan destacado por sus aportaciones y probados méritos en este ámbito, de carácter nacional. El Plan del hospital garantiza que los más de ocho mil profesionales, que conforman el centro sanitario, respondan de manera adecuada frente a problemas de seguridad profesional y situaciones de emergencia.

GACETA MÉDICA

wecare-u. healthcare communication group

Publicación de:



wecare-u.

20 años

Redacción:
Esther Martín del Campo (Redactora Jefe),
Carmen M. López (Redactora Jefe),
Sandra Pulido, Mario Ruiz,
Mónica Gail, Daniela González y
Silvia Rodrigo (Medical Science Liaison)
Fotografía: Carlos Siegfried
Maquetación: Marta Haro

Presidente Editor: Santiago de Quiroga
Vicepresidente: Patricia del Olmo
Departamentos:
Tania Viesca (Directora Finanzas y RRHH)
Severino Expósito (Socio Director, Business Controlling)
Jorge Hinojosa (Socio Director, Asuntos Públicos. Dpto. Solutions)
Paloma García del Moral (Directora Comercial)
Áreas:
Rocío Gómez-Cano (Coordinación Editorial y Solutions)
Silvia Rodrigo (Medical Science Liaison)

Consejo de Administración:
Santiago de Quiroga
(Presidente y Consejero Delegado),
Borja García-Nieto y
Vicente Díaz Sagredo
MADRID:
C/ Barón de la Torre, 5
28043 Madrid
• Tlf: 913834324
• Fax: 913832796

Distribución gratuita

Depósito legal:
M-18625-2012
ISSN: 2255-4181

Imprime:
Rotomadrid
SVP-382-R-CM

Todos los derechos reservados

Opinión

A corazón abierto

Abordaje del RCV: más integral y multidisciplinar



ESTEBAN JÓDAR,
especialista del Servicio
de Endocrinología y
Nutrición del H. Univ.
Quirón Salud de Madrid

El conocimiento en Medicina se duplica cada dos o tres años, y lo mismo ocurre en el abordaje del riesgo cardiovascular (RCV), que ha vivido un año excelente. Así lo hemos podido comprobar con motivo de la primera edición de la Revisión Anual de los Congresos de Riesgo Cardiovascular (ARC RCV).

En estas jornadas, celebradas recientemente en Madrid, hemos aprendido lecciones muy interesantes en relación con el riesgo cardiovascular, como, por ejemplo, novedades increíbles en el tratamiento para la insuficiencia cardiaca que vienen de la mano del tratamiento de la diabetes, los beneficios del manejo intensivo de la reducción de lípidos en sangre, la reducción del riesgo cardiovascular con el control de la diabetes con nuevos fármacos más allá de la reducción de la HbA1c o los impresionantes beneficios del empleo de los anticoagulantes orales directos frente a la anticoagulación tradicional con anti-vitamina K.

En esta reunión acreditada, que nace con vocación de continuidad, nos hemos reunido cerca de 200 médicos de diferentes especialidades procedentes de toda España. Sin duda, ha sido una gran oportunidad para analizar el momento que estamos viviendo y todas las novedades que se han presentado durante los 12 últimos meses.

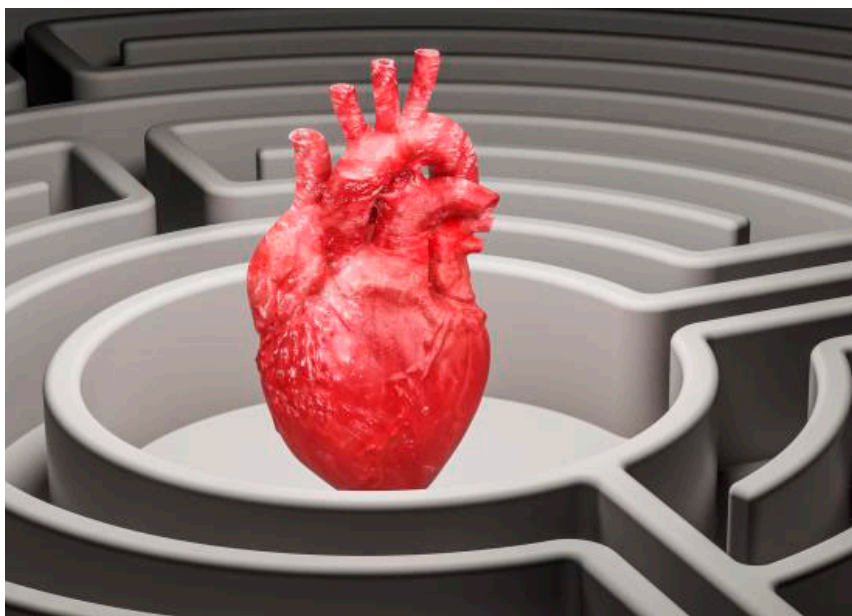
Entre estas novedades, tal vez destacaría un cambio de paradigma relacio-

nado con la prevención. Dejamos de hablar tanto de prevención primaria—sin evento cardiovascular—frente a prevención secundaria—con evento presente—, y comenzamos a hacer una valoración mucho más global e integral del riesgo cardiovascular o cardiometabólico hablando de muy alto, alto, moderado o promedio riesgo cardiovascular, independientemente de se haya producido ya un evento o no, puesto que podemos predecir mucho mejor ahora el riesgo absoluto—real— que una persona concreta puede sufrir en los siguientes años. Probablemente, esta nueva clasificación nos hará reubicar a muchas personas en riesgo y, seguramente, también nos ayudará a utilizar mejor los recursos.

El abordaje en España

El objetivo del ARC de riesgo cardiovascular ha sido revisar las comunicaciones y las sesiones plenarias más relevantes de los principales congresos internacionales. En España la realidad es compleja debido a la división de nuestro sistema sanitario en 17 modelos de salud. Un ejemplo de esta diversificación es que el abordaje del RCV lo capitanea un endocrino en algunos hospitales, mientras que en otros puede ser un cardiólogo, un internista o un nefrólogo.

Las nuevas indicaciones nos permitirán reclasificar a muchos pacientes y utilizar mejor los recursos



El Editorial

Qué respira el ministerio ante una crisis sanitaria?

“Tranquilidad pero no relax”. Esta es la respuesta a la pregunta que, según fuentes internas del Ministerio de Sanidad, se está viviendo estos días.

La coordinación, la responsabilidad, la información o la transparencia son la base en las que debe descansar todo el peso de una gestión de esta índole. Así lo explican algunos ex secretarios generales de Sanidad que, en los últimos años, han sido testigos de escenarios similares.

“Ningún país está preparado para una crisis así”, coinciden todos ellos, pero lo cierto es que España “y el SNS tiene la capacidad de respuesta”.

La responsabilidad desde las autoridades es algo que exigimos desde la sociedad, pero... ¿es recíproco?. En las últimas semanas, estamos asistiendo a una avalancha informativa de titulares con un cierto tono alarmista... A veces confiamos más en lo que nos cuentan que en las informaciones que llegan de fuentes fiables y de calidad. Que es una crisis sanitaria importante, está claro, pero... ¿Hasta el punto esa falta de rigor puede paralizar un país? ¿Existe un cierto grado de dramatismo injustificado?

Recordaba Rubén Moreno cómo en los cursos formativos nos enseñan a los periodistas, que tenemos la obligación de ser responsables, a tratar este tipo de informaciones. El rigor, la transparencia y la objetividad, apoyada por la visión más científica, en casos de crisis sanitarias, es fundamental.

La presión política y mediática es algo habitual en este tipo de escenarios y, como asegura Javier Castrodeza, hay que tener en cuenta que “la peor epidemia es la Epidemia del caos”.

Por contra, como advierten estos expertos, la información bien explicada genera confianza en un país. En los últimos días, los periodistas hemos sido testigos de ello. El Ministerio de

La coordinación, la responsabilidad, la información o la transparencia son claves en estas crisis

Sanidad está gestionando la comunicación de esta crisis de manera precisa, informando puntualmente de los avances de la situación. La coordinación entre comunidades autónomas y ministerio es real, y así lo dejaron claro hace unos días en el Consejo Interterritorial. La unidad es clara, y en estas ocasiones España tiene su valor diferencial.

Los esfuerzos a todos los niveles—profesionales, administración, Gobierno—son evidentes. En este sentido, también hay que destacar el papel de la industria farmacéutica. Desde que se comenzaron a conocer las primeras informaciones sobre la aparición de este nuevo virus, son numerosos los centros investigadores y compañías que han puesto en marcha programas para dar con un tratamiento concreto o con una vacuna. Janssen, Gilead y Sanofi ya están a pleno rendimiento para aportar soluciones a los pacientes. Además, otras compañías como AbbVie, Bayer, Boehringer Ingelheim, Roche y Genentech, GSK, Janssen y Sanofi también siguen apuntalando este escenario mediante donaciones.

Está claro que el sector sanitario está en la misma página de un libro. Esperemos que el capítulo se pueda cerrar próximamente y que al menos recordemos de cara a un futuro que la unidad y la coordinación es una buena medicina. Por otra parte, frente al virus de la desinformación o la información poco veraz, como decía Oliver Wendell Holmes: “Habla claramente; talla cada palabra antes de dejarla caer”.

Tribuna

La Sanidad es mujer



La reivindicación y visibilidad ya no es suficiente en el cambio que desde hace años se vive en las profesionales sanitarias

cuándo y a dónde queremos llegar.

Instamos desde Mujeres de la Salinidad, iniciativa revolucionaria y ya fundamental en el progreso de mujeres de diferentes entidades sanitarias, a la creación desde las diferentes Sociedades Científicas de grupos de trabajo cuyo objeto seamos nosotras, las mujeres que desarrollamos nuestra vida profesional en el ámbito sanitario. Es imprescindible su implicación en cuestiones de género y colaboración directa con sus mujeres, han de sentirse en la obligación de saber qué les preocupa a cada una de ellas en los diferentes ámbitos científicos.

La Sanidad es femenina, y el compromiso desde la administración pública y diferentes entidades sanitarias es fundamental, pero son las Sociedades Científicas quienes han de dar ejemplo implicando a sus miembros en el trabajo de y por las mujeres. Hagámoslo bien, es el momento.



IRIA MIGUÉNS,
Coordinadora de
mUEjeres en SEMES

En el compromiso de las diferentes Sociedades Científicas, a fecha de hoy más de 70 registradas en la página del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, ha de estar efectivamente, con sus profesionales. Si la Sanidad, siendo el primer empleador de nuestro país, se ha objetivamente feminizado, ¿se está trabajando desde

sus Sociedades Científicas en la mujer como se necesita?

La reivindicación y visibilidad de su trabajo ya no es suficiente en el cambio que desde hace años se vive en las profesionales sanitarias. Se ha de saber cuántas son y su rol en los diferentes puestos, cuántas acceden a cargos de liderazgo, ¿por qué no lo hacen con tanta frecuencia como los varones? ¿qué desigualdades se detectan en indicadores de género?, ¿qué solución se le puede dar? Se necesitan datos, estudio y evidencia en cuestión de igualdad y liderazgo de la mujer. Por empezar a

medir y saber en qué punto estamos, ¡qué ya van siendo horas!

En este empeño, que se resumiría en defender y reivindicar nuestra labor como mujeres en la sanidad, diferentes iniciativas han posibilitado el estudio de género e igualdad en nuestra sanidad. Desde SEMES, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, hemos dado el firme paso de comprometernos con las *urgenciólogas* recogiendo ya pequeños y prometedores frutos en este proyecto, MUEjeres. Sabemos de dónde partimos, haremos todo lo posible por definir las directrices de cómo,

Mirada clínica

Novedades en la identificación del paciente con EPA



PABLO MIR,
Neurólogo del Hospital
Virgen del Rocío (Sevilla)

Se estima que en España más de 160.000 personas conviven con la enfermedad de Parkinson, de las cuales, un 37% presenta la enfermedad en estadio avanzado¹. Se trata de la segunda enfermedad neurodegenerativa más frecuente en nuestro país, por detrás del alzhéimer. Y como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, es previsible que esta prevalencia vaya en aumento.

La enfermedad de Parkinson, se trata de una enfermedad que, según el tipo de paciente y estadio, puede presentar diferentes síntomas que van empeorando a medida que avanza la enfermedad, generando serias dificultades tanto en su vida cotidiana y la de sus cuidadores. Entre los factores definitorios de la enfermedad de Parkinson Avanzada se encuentra la presencia de fluctuaciones motoras con un tiempo de vigilia en OFF del 25%, con limitación para hacer actividades diarias y caídas recurrentes, disfagia severa, y trastornos como la demencia².

Para la identificación de estos síntomas, contamos con protocolos que aporta la guía del Grupo de Estudios y Trastornos del Movimiento de la Sociedad Española de Neurología; o el Consenso EPA, que también intenta identificar este tipo de pacientes con enfermedad de Parkinson Avanzada, así como otras orientaciones y recomendaciones tanto nacionales como internacionales.

En este sentido, y como principal novedad, han surgido nuevas herramientas tecnológicas, que hemos evaluado durante la jornada Desafío de enfermedad de Parkinson celebrada en Madrid, y que nos pueden ayudar a esta identificación de pacientes con EPA. Concretamente, se trata de algoritmos basados en redes neuronales que permiten identificar las características clínicas que presentan los pacientes y, de esta manera, ayudan a seleccionar qué pacientes se encuentran en estado avanzado. Hasta ahora, era el propio neurólogo el que determinaba si un paciente era candidato a las terapias de segunda línea. Gracias a los avances tecnológicos, reforzamos los criterios clínicos, lo que ayuda a decidir qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada paciente y contribuir así a garantizar la mejor calidad de vida posible.

Las redes neuronales permiten identificar qué pacientes se encuentran en estado avanzado de la enfermedad y se pueden beneficiar de terapias de segunda línea

Referencias:

¹Pringsheim T, et al, The prevalence of Parkinson's Disease: A systematic review and meta-analysis. *Mov Disord* 2014; 29: 1583-90

²Libro Blanco del Parkinson.

http://www.fedesparkinson.org/libro_blanco.pdf



El sector en 2020

**El anuario que
muestra cómo
será 2020**

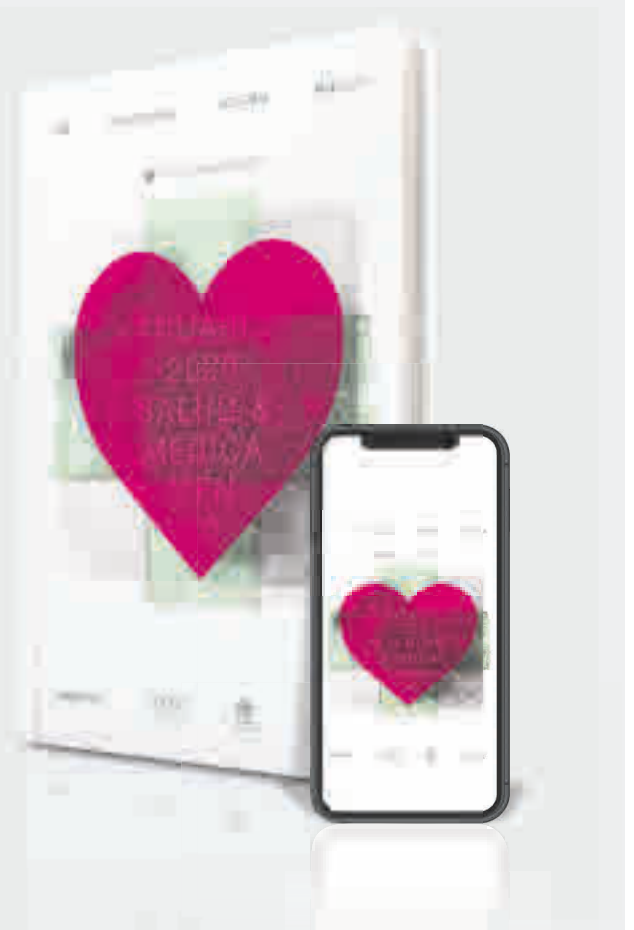
Prioridades • Iniciativas legislativas • Sostenibilidad •
Innovación • Farmacia • Genéricos • Tecnología Sanitaria •
Biosimilares • Autocuidado • Nuevas especialidades •
Investigación • Calidad • Pacientes I



**ELGLOBAL
GACETA MÉDICA**

Un anuario con más de 100 reflexiones clave que forman una visión del sector de 2020, imprescindible para conocer sus claves.

Versión en papel y en digital que se actualiza con los nombramientos. Una sección permanente en la home de GM y EG





Salvador Illa comparece en la Comisión de Sanidad ante el resto de grupos parlamentarios para explicar cuáles serán las principales de actuación durante la XIV Legislatura.

Sanidad presenta su hoja de ruta: así será la 'era' de la cohesión de Illa

Se apostará por reforzar el papel del Consejo Interterritorial como elemento vertebrador del diálogo

MARIO RUIZ
Madrid

La Comisión de Sanidad celebrada el pasado 27 de febrero en el Congreso ha sido el lugar elegido por Salvador Illa para desglosar cuál será el camino de su departamento durante la XIV Legislatura. El titular de Sanidad, que se ha comprometido a continuar la senda de su antecesora, ha repetido el que ha convertido en su mantra en su discurso. Trabajo conjunto, cohesión y coordinación han sido así las palabras más veces repetidas por el ministro durante la exposición de las líneas generales para los próximos cuatro años.

Una línea que entronca con su apuesta por el refuerzo del papel del CISNS, o el impulso de un enfoque transversal de salud en todas las políticas. Asimismo, la gestión de Illa buscará intensificar el trabajo en el ámbito internacional. Dentro de esta gestión la atención primaria se antoja primordial, la cual pivotará sobre la estrategia definida durante la pasada legislatura.

Cambio climático y salud

En línea con el Gobierno central, Illa ha reflejado su compromiso con la Agenda 2030, tanto en territorio nacional como en salud global, como uno de los aspectos fundamentales de su mandato.

DESAFIOS DEL SNS

1. Las personas como centro del sistema
 - Estrategia Nacional de Equidad en salud
 - Observatorio de Salud de las Mujeres
 - Plan operativo de la Estrategia Nacional de Salud Sexual
 - Lucha contra tabaquismo, obesidad infantil y alcohol
 - Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente
2. Reto demográfico
 - Envejecimiento, despoblación, cronicidad, pacientes pluripatológicos, Alzheimer, dependencia y soledad
3. Apuesta por la capacitación y la mejora de las condiciones de los profesionales sanitarios
4. Transformación digital e innovación
 - Elaboración Libro blanco de transformación digital del SNS
 - Puesta en marcha de un Centro Nacional de Terapias Avanzadas
 - Estrategia de Medicina de Precisión junto al Ministerio de Ciencia
 - Estrategia de política farmacéutica
5. Mejora de la financiación y la sostenibilidad
 - Paso de un 6% de PIB a un 7% en cuatro años
 - Compromiso con la reforma del sistema de financiación autonómica
 - Optimización de recursos

Para hacer frente al impacto de la contaminación ambiental como uno de los grandes retos de la salud pública, se dará una respuesta urgente mediante la

culminación del Plan Nacional de Salud y Medio Ambiente. Este “debe ser la herramienta que nos permita combatir la emergencia para la salud que ya supone el cambio climático”, ha reflejado Illa en su discurso.

Equidad, mujer y profesionales

La desigualdad social ha sido señalada como uno de los elementos que producen más inequidades en salud. De la mano de este aspecto, el ministro Salvador Illa ha anunciado que durante la legislatura se actualizará la Estrategia Nacional de Equidad en salud.

El ministro ha destacado la importancia de la cuestión de género. En este sentido, el Ministerio reforzará el Observatorio de Salud de las Mujeres para promover la inclusión de la perspectiva de género, de forma transversal, en las políticas de salud. Además, se devolverá a las mujeres sin pareja y a las mujeres lesbianas el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida. Por último, se desarrollará el Plan Operativo de la Estrategia Nacional de Salud Sexual.

Salvador Illa ha puesto también el foco en los profesionales sanitarios, epicentro del SNS. Así, ha apuntado en dirección a la necesidad de prestar atención a su carrera y desarrollo profesional. En este sentido, desde la cartera se trabajará en

la búsqueda por la mejora de sus condiciones en coordinación con las comunidades autónomas.

Además, ha dedicado un espacio a la actualización de contenidos de cara a adaptar la formación sanitaria a los nuevos contextos, conocimiento científico y avances tecnológicos, entre otros aspectos. Así, ha avanzado que ya se está elaborando un real decreto “que establece la formación transversal, las áreas de capacitación específica y el procedimiento de creación de títulos de especialista”. Según ha explicado el ministro “permitirá incorporar de manera dinámica las nuevas áreas de conocimiento y el desarrollo de nuevas competencias en la práctica clínico-asistencial”.

La mejora de las condiciones laborales tiene, además, un objetivo doble: por un lado, recuperar el talento emigrado, y por otro, mantener el ya existente.

Abordaje inminente

Illa finalizó su comparecencia refiriéndose a algunas medidas concretas que se abordarán en breve plazo. Entre ellas figura la Ley PRAN, de resistencia frente a antibióticos, o la elaboración de un Plan específico para abordar la conducta suicida. Este incluirá además, por primera vez, una campaña de comunicación institucional del Ministerio.

Sanidad amplía las zonas de riesgo en la detección de posibles casos de Covid-19

Además, se efectuará una prueba a los pacientes ingresados con un cuadro respiratorio grave de etiología desconocida

SANDRA PULIDO
Madrid

El nuevo protocolo elaborado por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas considera a pacientes en riesgo de infección por COVID-19 a aquellos que hayan estado en China, Japón, Corea del Sur, Singapur, Irán, el Norte de Italia (Lombardía, Veneto, Piamonte y Emilia Romagna) y presenten síntomas. Así lo ha anunciado el Ministro de Sanidad, Salvador Illa, tras el segundo Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CINS).

Tal y como ha explicado el ministro, “la evolución de casos que hemos apreciado este fin de semana nos ha llevado a actualizar la definición de caso sujeto de ser analizado”. Por tanto, “toda aquella persona que presente síntomas gripales y haya estado en las zonas de riesgo durante los 14 días anteriores deberá contactar con los servicios de salud y ser sometida a las pruebas correspondientes”, destacó Illa.

Asimismo, Illa ha indicado que también se ha ampliado la definición de caso a aquellos pacientes que estén ingresados en el hospital con un cuadro respiratorio grave de etiología desconocida. “Serán sometidos a la prueba del coronavirus cuando se hayan descartado otras posibles causas”, afirmó.

Recomendación de no viajar

Durante la reunión con los responsables de las comunidades autónomas también se ha decidido recomendar a la ciudadanía que no viajen a los territorios calificados “zonas de riesgo” si no es “estrictamente necesario”. Sin embargo, el ministro ha puntualizado “que se trata de una recomendación” y no de una prohibición. Asimismo, ha recalcado a los españoles que están viviendo en las zonas de riesgo que sigan las recomendaciones de las autoridades locales.

“También se ha ampliado la definición de caso a aquellos pacientes que estén ingresados con un cuadro respiratorio grave de etiología desconocida”



Salvador Illa, Ministro de Sanidad.



Precaución entre los profesionales

Sobre el riesgo que supone para los profesionales sanitarios que han atendido a los pacientes ingresados durante varios días sin diagnóstico de coronavirus, Simón ha recordado que el personal médico no es diferente a otros tipos de contactos, pero que tiene condiciones particulares.

No hay problema, asegura, siempre que se utilicen los equipos de protección adecuados. El problema está en aquellos profesionales que no hayan utilizado estos equipos de protección por diferentes razones. Entre otras, el desconocimiento del diagnóstico en ese momento.

En ese caso, Simón ha explicado que si no tienen sintomatología no sería necesario que estuviesen en cuarentena. Eso sí, conviene que aquellos profesionales que han tenido un contacto muy estrecho con los enfermos, aunque no desarrollen síntomas, eviten el contacto con personas frágiles en el entorno sanitario. “Entendemos que las comunidades autónomas están tomando estas medidas solamente en los contactos que puedan ser de muy alto riesgo”, concluye el experto.

Escenarios futuros

Por otro lado, el ministro de Sanidad ha informado de que se han acordado “mecanismos de actuación futuros” en caso de que la situación actual del coronavirus evolucione. “Hemos analizado escenarios futuros y hemos acordado protocolos por si hubiera que tomar decisiones más exigentes” pero “no es el escenario actual”, ha insistido.

Según Illa, estamos en una fase contención “que está siendo eficaz” por ahora. Aún así, “vamos a reforzar las medidas contención y las medidas de información en puertos y aeropuertos para informar a los viajeros y detectar casos de forma precoz”.

Por otro lado, el ministro ha anunciado que se duplicarán las comisiones de seguimiento, que se celebrarán tanto por la mañana como por la tarde. El director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad, Fernando Simón, dará la información actualizada tras la reunión matinal.

Reportaje: Gestión Sanitaria

Coronavirus: Conoce cómo se combate una crisis sanitaria desde dentro

Cuatro exsecretarios generales de Sanidad explican cómo hace frente el ministerio a estas situaciones



CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Puertas que se abren y cierran, pasillos concurridos, teléfonos a pleno rendimiento... Largas jornadas de trabajo, equipos 24 horas elaborando informes y analizando datos... Todo con un único objetivo: alcanzar una coordinación óptima ante lo que ya es una crisis sanitaria de salud pública. El Ministerio de Sanidad lleva semanas frenéticas, eso sí, "con tranquilidad, pero no con relax", indican a GM fuentes internas del departamento.

En plena crisis del coronavirus, ¿cómo se vive tras las paredes del Ministerio de Sanidad este tipo de situaciones? El Paseo del Prado se ha convertido, en estos días, en el foco de la noticia. Gaceta Médica ha hablado con algunos de los protagonistas: cuatro exsecretarios generales de Sanidad, que en años anteriores han sido testigos de escenarios similares.

Para José Martínez Olmos (septiembre de 2005-octubre de 2011) generar confianza en una crisis es posible. Así lo expone en el libro que acaba de publicar que lleva el mismo nombre. Como indica, este tipo de crisis moviliza muchos recursos públicos, al tiempo que genera preocupación en las autoridades sanitarias y en la ciudadanía. "La comunicación se convierte en una variable fundamental para el éxito de la gestión de este tipo de crisis", explica Martínez Olmos en su libro. Una buena comunicación, dice, es capaz de generar la confianza en la población. Pero también pasa al contrario: no comunicar bien genera desconfianza y miedo.

En esta línea, Rubén Moreno (diciembre de 2014-noviembre de 2015) está convencido de que "ningún Gobierno está preparado para una crisis, y menos de tipo infeccioso como puede ser el coronavirus". En opinión de Javier Castrodeza (noviembre de 2015 - junio de 2018) afortunadamente el SNS tiene una capacidad de respuesta "muy óptima" frente a este tipo de situaciones. Sin embargo, esta crisis sanitaria tiene una connotación importante: la transmisión respiratoria, algo que, a su juicio, marca una naturaleza diferente de la crisis sanitaria. "Es algo más agobiante", asegura.

¿Nuevos escenarios?

Frente a esto, las instituciones sanitarias tienen, en su opinión, que ser ágiles y plantear diferentes escenarios para estar preparadas. Algo en lo que, tal y como confirman fuentes internas del

ministerio de Sanidad, ya se está trabajando.

De hecho, para Castrodeza uno de los retos actuales es descargar al ámbito hospitalario y empezar a reforzar a los equipos del primer nivel asistencial. "Puede ser una buena herramienta", señala. De hecho, el colapso hospitalario es una de las amenazas actuales que se podría reducir con el manejo desde atención primaria.

La presión mediática

Para Moreno, las diferencias con otras crisis sanitarias son evidentes. "Hay quien tiene que abordar una crisis ex novo y tiene que trabajar a contrarreloj para intentar solucionarlas". Lo que está claro es que el primer escenario en una crisis de Salud Pública por una enfermedad infecciosa, lo que plantea es una presión mediática "absolutamente descomunal", indica. En línea con Martínez Olmos, Moreno hace hincapié en el papel que tienen los medios de comunicación. La responsabilidad es clave en este sentido. El problema, opinan estos expertos, es el daño que pueden hacer las redes sociales, con fakes news incluidas. "Es una batalla difícil de ganar que lo que hace es dificultar aún más el abordaje con serenidad de la crisis", apunta Moreno. A juicio de Castrodeza la sociedad tiene que hacer un acto de reflexión y de responsabilidad.

En este sentido, este exsecretario general de Sanidad también coincide en que la información tiene un papel capital. "La peor epidemia es la epidemia del caos", adelanta Castrodeza. En ocasiones, la información tiene un alcance, más allá de lo que sus responsables se imaginan. "Este es un tema que entre todos tendríamos que aprender a modular".

Coordinando mensajes

En este sentido, Martínez Olmos está convencido de que en el caso del COVID-19 se está consiguiendo un mensaje coordinado y una sensación de unidad entre Ministerio de Sanidad y comunidades autónomas. "No hay planteamiento de cuestionamiento. Los equipos técnicos trabajan, aunque la portavocía es una", recuerda. "Una crisis no sabes cuando viene, el SNS habitualmente está preparado y entrenado, y el mecanismo de acción hay que compartirlo con todas las comunidades autónomas, algo que es positivo, aunque puede enlentecer la armonización de las decisiones", añade Castrodeza.

Precisamente, Ricardo Campos (junio de 2018- septiembre de 2018) pone en



José Martínez Olmos
Ex secretario general de Sanidad (2005-2011)

“La comunicación se convierte en una variable fundamental para el éxito de la gestión de este tipo de crisis”



Javier Castrodeza
Ex secretario general de Sanidad (2015-2018)

“Afortunadamente nuestro SNS tiene una capacidad de respuesta muy óptima”



Rubén Moreno
Ex secretario general de Sanidad (2014-2015)

“Una enfermedad infecciosa, lo que plantea es una presión mediática “absolutamente descomunal”



Ricardo Campos
Ex secretario general de Sanidad (2018)

“Hay que ponerse en manos de los técnicos y dejarlos actuar sin presiones políticas”

valor el papel que ha jugado y está jugando Fernando Simón, director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias del Ministerio de Sanidad. Precisamente, los cuatro ex secretarios generales coinciden en la importancia de que la portavocía recaiga en un perfil técnico. La sociedad, coinciden, suele confiar más en un perfil profesional y experto que en los políticos. “La credibilidad de los políticos está en ocasiones en entredicho”, añade Moreno.

Además, Campos insiste en la gran formación de los técnicos en salud pública del SNS. “Hay que ponerse en sus manos y dejarlos actuar sin presiones políticas”, asegura Campos. El papel en estos casos del gestor político, “es facilitar los medios adecuados”, indica el que fuera ex secretario General de Sanidad en el ministerio dirigido por Carmen Montón. A juicio de Campos, hay un aspecto clave: “no caer en las ocurrencias”.

La clave para que todo el esfuerzo que se está haciendo desde la Administración no sea en vano es “la accesibilidad, la veracidad de la información, la honestidad y la transparencia”, remarca Martínez Olmos. No solo hay que dar la visión desde el Ministerio es importante que se cuente con la opinión de expertos—la visión más científica—que ayuden a interpretar también lo que está pasando en el mundo. Algo que en el caso actual ya se está haciendo, remarca el experto.

Pero... una crisis así, ¿es lo peor que pude pasar? Para Martínez Olmos no es lo peor que le puede ocurrir a un ministerio, “es lo peor para los pacientes y las personas que les afecte”.

Castrodeza está convencido de que en estas situaciones el SNS está preparado y dotado de recursos. “Tiene un personal extraordinariamente cualificado para abordar estos problemas”, remarca.

Dónde, cuándo y por qué...



El 30 de enero de 2020, la OMS declaró el brote de Covid-19 como emergencia para la salud pública de importancia internacional y promulgó un conjunto de recomendaciones temporales, si bien no recomendó ninguna restricción a los viajes o al comercio, basándose en la información disponible en el momento.

En este sentido, el organismo ha recordado que trabaja en “estrecha colaboración” con expertos globales, gobiernos y asociados para expandir “rápidamente” el conocimiento científico sobre este nuevo virus, hacer un seguimiento de la propagación y la virulencia del virus, y asesorar a los países y a la comunidad global sobre medidas para proteger la salud y prevenir la propagación del brote.

Por su parte, la OMT ha comentado que el sector turístico tiene el “firme compromiso de pensar ante todo en las personas y en su bienestar”, asegurando que la cooperación internacional es “vital” para garantizar que el sector pueda contribuir de manera efectiva a contener el nuevo coronavirus.

De hecho, ambos organismos han asegurado que trabajan en “estrecha concertación” entre ellas y con otras partes para ayudar a los países a garantizar que las medidas sanitarias se implementen, con el fin de “minimizar” cualquier interferencia “innecesaria” con el tráfico y el comercio internacional.

La preparación

Con este escenario, ¿cómo se preparan las autoridades frente a ello? Martínez Olmos explica que los simulacros suelen ser habituales en el Ministerio de Sanidad.

En esta línea, Castrodeza recuerda la experiencia con el ébola. Cuenta que se llevaron a cabo simulacros en el Puerto de Barcelona. Sin embargo apunta a que la distancia entre lo que se planifica en un despacho y lo que luego ocurre in situ y lo que se ve en el día a día, con la puesta de marcha de las medidas. “Esta distancia debería ser más corta”, asegura.

“Es una maquinaria que ya está engrasada, desde el punto de vista del esquema de cómo hay que responder”, añade Martínez Olmos. Que las decisiones sean “aquiladas” a la situación epidemiológica real es una necesidad en la que insisten estos expertos.

Para Martínez Olmos, el papel que juega la Organización Mundial de la Salud (OMS) es vital y se enfrenta al reto de saber comunicar sin generar miedo innecesario. “Muchas veces la visión técnica que tienen es difícil de interpretar”, explica el exsecretario general de Sanidad socialista en el Gobierno de Zapatero.

Moreno también considera que la preocupación y la responsabilidad del ministerio en estas crisis es evidente. Lo primero de todo, dice, es mantener la calma de la población. “A veces con más dificultad”, acota.

Trasladar al poder operativo —a los especialistas— mensajes concretos y una organización concreta para minimizar el efecto es la clave para Castrodeza.

Otras experiencias

“Cuando un Gobierno anterior ha solventado una crisis, ha establecido los protocolos y unas instalaciones con unos procedimientos hace más fácil resolver una nueva dificultad”, indica Moreno.

El que fuera número dos del ministro de Sanidad Alfonso Alonso recuerda la crisis del ébola. Aunque en un principio no se gestionó bien, “el ministerio de Sanidad lo supo reconducir”, reconoce.

Moreno cree que el actual desafío para la Salud Pública juega con una clara ventaja y es el hecho de haberse enfrentado anteriormente al ébola. Actualmente, existen unos protocolos, unas instalaciones y unos procedimientos que “hacen más fácil resolverla, de forma más satisfactoria de lo que fue aquella crisis”. Al igual que con el coronavirus, con el ébola también se hicieron comisiones interministeriales a nivel de Moncloa, liderado por la vicepresidenta del Gobierno por aquel entonces Soraya Sáez de Santamaría.

El caso del ébola

Moreno recuerda que entre las acciones que se llevaron a cabo se habilitó la planta 22 del Hospital General de la Defensa. Asimismo, se estableció una red de hospitales de aislamiento y se hizo una compra centralizada de equipos personales autoventilados. “Se compraron dos hospitales de campaña para estos casos, que a día de hoy custodia todavía el Ministerio de Defensa”. El esquema en la comunicación con los medios fue similar al actual con el apoyo del equipo técnico. “Cuando la gente tiene respuestas a las preguntas que hacen los medios de comunicación, la tranquilidad es evidente”, apunta.

A día de hoy, la experiencia de aquellas semanas es trasladable a la actualidad. Los equipos están formados y los profesionales preparados. “En este caso, los protocolos que ha sacado el ministerio derivan de los procedimientos establecidos para este tipo de infecciones más graves”, añade Moreno. A su juicio, en España se está abordando esta infección con muchísimas más garantías que otras situaciones de crisis.

Montero anuncia un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades

La Ministra de Igualdad asegura que romper el techo de cristal es un objetivo estratégico del Gobierno

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Acabar con la desigualdad económica entre mujeres y hombres es uno de los ejes estratégicos del Gobierno. Así lo ha anunciado la Ministra de Igualdad, Irene Montero, en su comparecencia en la Comisión en el Congreso. Montero ha anunciado las líneas rojas que impulsará el ministerio para este año. Una de ellas será desarrollar un Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades, ya que, tal y como ha recordado, España no cuenta con uno desde 2016. “La administración debe dar ejemplo”. Tras ello, Montero ha adelantado que pedirá a la industria que “también” haga sus deberes.

Para impulsar estas acciones el Ministerio de Igualdad trabajará estrechamente con Trabajo. “Existe la voluntad de llevar a cabo el desarrollo normativo, incluyendo un registro salarial y un registro de planes de igualdad”.

Instituto de la Mujer

Precisamente, el impulso de los planes de igualdad “es una conquista histórica” de cualquier Gobierno, ha precisado. Para impulsarlos, ha dicho, “acompañaremos a las empresas en la formación y la capacitación”. El organismo que el ministerio quiere potenciar y que respaldará estas acciones es el Instituto de la Mujer.



Irene Montero en su comparecencia en el Congreso.

Las cifras

“El feminismo es un aliado”. Para Irene Montero, los datos avanzan que la realidad laboral supone un desafío en materia de igualdad. “La brecha salarial es del 22 por ciento”, según los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística. Además es necesario impulsar un cambio social. “Nueve de cada diez solicitudes de excedencia corresponden a mujeres”. La ministra también ha desta-

cado los datos de la Organización Internacional del Trabajo que advierten del incremento en “la penalización en el empleo que provoca la maternidad”.

Además de que el techo de cristal es un objetivo del Gobierno, “mas grave aún es el suele pegajoso” por el que atraviesan la mayoría de las trabajadoras españolas. “La encuesta del INE dice que el 18,8 por ciento tuvo ingresos iguales o menores al salario mínimo interprofe-

“La desigualdad de género es la principal brecha que divide a nuestras sociedades”

sional de 2017”. Para Montero, “la pobreza y la precariedad tiene rostro de mujer”, ha lamentado.

Con todo, la ministra de Igualdad está convencida de que todos estos datos muestran una masculinización de la recuperación económica y una feminización de la pobreza. “Para que esto no se extienda, necesitamos firmes políticas de igualdad”.

Carreras STEN

Otra de las líneas que Igualdad quiere respaldar es la brecha de género en las carreras STEN. “Esto augura desigualdad en los trabajos del futuro. Por cada 1.000 personas, hay 13,1 por ciento de graduadas en ciencia entre 20 y 29 años, frente al 30,4 por ciento de los hombres. Los datos hablan por sí solos”. En este sentido, el departamento de Montero, a través del Instituto de la Mujer, fomentará la formación en ciencia entre niñas y jóvenes para dar cumplimiento a la Agenda 2030.

El objetivo es caminar hacia una transición feminista que apueste por la igualdad retributiva, la educación, etcétera. “Nuestra acción de Gobierno se orienta a una igualdad plena. Un país feminista es un país mejor”

El ‘Interterritorial’ de Ciencia analiza la futura Estrategia para el sector



El ministro de Ciencia e Innovación, Pedro Duque, durante el Consejo de Política Científica celebrado el 24 de febrero.

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

El ministro de Ciencia e Innovación, Pedro Duque, ha presidido el Consejo de Política Científica, Tecnológica y de

Innovación. Al mismo han asistido el ministro de Universidades, Manuel Castells, los consejeros autonómicos con competencias en ciencia y representantes de otros ministerios. El objetivo principal de la reunión del Consejo ha

sido analizar el estado de la Estrategia de Ciencia, Tecnología e Innovación 2021-2027.

La nueva Estrategia de Ciencia debe aprobarse antes de que finalice 2020. Se fija, sobre todo, en la necesidad de

incrementar el presupuesto dedicado a la I+D+i. Otro de sus objetivos es lograr un marco normativo y unos instrumentos flexibles, adecuados a las necesidades del sistema. Un tercer eje de trabajo será el coordinar y complementar las políticas nacionales y sectoriales de I+D+i con las europeas, regionales y locales.

Además de afrontar la revisión de la actual estrategia de ciencia, Ministerio y comunidades autónomas han expuesto sus planes de actuación en materia de investigación. Asimismo, han aprobado los criterios de intercambio de información entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas en el marco del Sistema de Información de Ciencia, Tecnología e Innovación.

El Consejo de Política Científica también ha avanzado respecto a la tramitación del Real Decreto que aprobará el Estatuto del Comité Español de Ética en la Investigación. Por último, se ha modificado el régimen del propio Consejo para incluir entre sus funciones la aprobación de las actualizaciones del Mapa de Infraestructuras Científicas y Técnicas Singulares.



Separ: El visado de la triple terapia combinada en EPOC “está generando confusión”

La sociedad advierte de la inequidad en el acceso a estas terapias

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se confirma como una de las enfermedades crónicas más prevalentes en adultos en España. Supone la cuarta causa de mortalidad a nivel mundial, y con toda previsión se puede convertir en la tercera causa de muerte en 2030. Así lo remarcan los datos del EPISCAN II, que destacan que la EPOC afecta a más del 10 por ciento de la población y el infradiagnóstico se sitúa cerca del 80 por ciento.

El tratamiento frente a esta enfermedad está orientado al control y disminución de la sintomatología y a la disminución del riesgo de recaídas futuras, reduciendo la gravedad de las agudizaciones. Sin embargo, desde hace tiempo, no todos los pacientes tienen un acceso fácil a estas terapias. El motivo: el visado.

José Luis López-Campos, neumólogo y coordinador del área de EPOC de la Sociedad Española de neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), explica que la limitación “está dificultando la prescripción de la triple terapia en un solo dispositivo de inhalación”. Los ensayos clínicos que se han puesto en marcha para la aprobación, señala, son los mismos en toda Europa. “Esto genera bastante confusión en la comunidad médica”. El experto explica que la indicación en ficha técnica de esta triple terapia es “completamente distinta y opuesta al visado”.

“Los médicos prescribimos los fármacos según indicación de ficha técnica”

“Hay una variabilidad enorme entre comunidades autónomas”

Como apunta el neumólogo, “los médicos prescribimos los fármacos según indicación de ficha técnica”, sin embargo, el visado del ministerio lo contradice.

Consecuencias...

Como consecuencia de estos problemas, la inequidad se va agravando. El acceso a estas innovaciones está, como señala López-Campos, en entredicho. “Hay una variabilidad enorme entre comunidades autónomas, tanto por la misma interpretación del visado, como por las peculiaridades de cada comunidad”.

Las ventajas de darlo: adherencia, manejo del inhalador, y el precio. Con respecto a esta última cuestión, López-Campos asegura que la mayoría de terapias separadas son más caras. “Ni siquiera por el aspecto del coste lo entendemos”, lamenta.

Estas inquietudes, como apunta el neumólogo no son nuevas para el Ministerio de Sanidad. Cuando hace unos meses las trasladaron, “el Ministerio tomó nota de las propuestas y nos avanzó

que lo llevaría al Consejo Interterritorial, pero no hemos recibido más notificaciones de ello. El visado sigue igual con sus problemas de redacción.”

Agenda 2030

Para la sociedad científica, la situación que se está generando en los pacientes más graves con EPOC es una preocupación importante. Esta patología, recuerdan los expertos, es la cuarta causa de muerte y por la que fallecen 29.000 pacientes todos los años. Una situación que no ayuda en el cumplimiento de la meta 3.4 de la Agenda 2030 del Gobierno, donde se pretende “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento”. Entre los indicadores de estos objetivos, se encuentran las enfermedades respiratorias crónicas.

En este contexto, lo que más preocupa a SEPAR es la situación en la que se quedan los pacientes graves, “que están más relacionados con la morbilidad y años de vida perdidos en buena calidad de vida”.

En estos pacientes con EPOC grave, que además tienen edad avanzada y tienen asociadas otras enfermedades son enfermos que necesitan tener el mejor tratamiento posible, “sobre todo en pacientes polimedicados y que necesitan reducir el número de fármacos”, añade. Aquí, asegura el neumólogo, la terapia unificada es una ayuda añadida, aparte de la eficacia que tienen.

Una redacción “defectuosa”

El coordinador del área de EPOC de Separ apunta a que a todos estos problemas se suma que la redacción del visado “es bastante defectuosa y genera más confusión que ayuda”. Un asunto que han trasladado en una editorial publicada en la revista ‘Archivos de Bronconeumología’.

- En primer lugar y como López-Campos explica, el texto del visado no hace referencia expresa a la EPOC. Por tanto, un paciente con otra broncopatía crónica como el asma podría potencialmente cumplir con los criterios del visado. De ser así, se está probando una financiación para una indicación sobre la que no existen ensayos clínicos.

- En segundo lugar, el texto habla de un tratamiento estabilizado. “No sabemos a qué se refiere”. Ni desde el punto de vista clínico, ni desde el investigador saben qué es un tratamiento estabilizado. “Sabemos lo que es un paciente estabilizado”, matiza López-Campos

- En tercer lugar, dice el visado que se tiene que haber comprobado que responden adecuadamente a los componentes por separado, “pero no dice que estos componentes por separado tengan que estar dados a la misma vez”.

Pacientes bien controlados

En esta línea, los requisitos de indicación y financiación dibujan perfiles de pacientes distintos. El desarrollo de la triple terapia se realizó para pacientes que no estaban controlados con una terapia doble o simple y que precisaban un escalado de tratamiento. Sin embargo, el visado establece esta triple terapia cuando el paciente ya está bien controlado con una triple terapia en dispositivos por separado. “No tenemos trabajos que nos indiquen qué podemos esperar con el cambio”, indican los expertos en el editorial.

Además, el texto del visado indica que el tratamiento tiene que ser efectivo, pero no define lo que es un tratamiento inhalado efectivo en un paciente con EPOC grave. “La efectividad de un tratamiento puede evaluarse en diversos resultados clínicos y a partir de distintos puntos de corte de mejoría”.

Todo esto, apuntan los expertos en el editorial, está originando “una situación de desigualdad en el modo que cada comunidad autónoma las ha adoptado para autorizar la prescripción, produciéndose una situación de inequidad en el acceso del paciente a la misma”.



SERGI CASTILLO | Periodista, autor del libro 'La batalla per la sanitat valenciana'

“Las cinco concesiones del modelo Alzira han recibido 7.500 millones de euros de 2003 a 2018”

GM
Madrid

El periodista alicantino Sergi Castillo recoge en su último libro 'La batalla per la sanitat valenciana' los entresijos del modelo de colaboración público-privado que abanderó en su día el modelo Alzira. El autor analiza con GACETA MÉDICA algunas de las conclusiones principales de su investigación.

Pregunta. Durante diez años ha investigado la corrupción en la Comunidad Valenciana, ¿cómo ha salpicado al ámbito sanitario?

Respuesta. Me sorprendió que todas las tramas de corrupción tenían siempre alguna relación con este departamento: Gürtel, Taula, Over Marketing, Taroncher... Cinco de los ocho consellers de Sanidad del PP están imputados o ya condenados.

Y es que la consellería de Sanidad baraja un presupuesto anual de 6.000 o 7.000 millones de euros, un tercio del presupuesto anual de la Generalitat, y es un área muy sensible. Nadie va a oponerse a gastar más en hospitales, servicios o investigación. Por este motivo era un ámbito cómodo de trabajo para los corruptos.

P. Recientemente ha presentado un libro sobre este tema, ¿qué es lo que ha estado en juego en la batalla por la sanidad en esta comunidad autónoma?

R. Con el cambio de gobierno, en 2015, me sorprendió la virulencia de los ataques hacia las decisiones de esta consellería por parte de determinados sectores y medios, y más después de lo vivido en materia de corrupción durante la etapa del PP. Al fin y al cabo, se cumplía un mandato de las urnas y un cambio de rumbo para rescatar servicios privatizados y finalizar con algunos privilegios.

Ante estos ataques pensé que era necesario realizar un análisis en profundidad para ver qué estaba pasando, y ese ha sido el objeto del proyecto que presenté a la II Beca de Periodismo de Investigación 'Josep Torrent' organizada por la Unió de Periodistes Valencians, que ha dado como fruto este libro.

Cuando ves lo ocurrido y hablas con los protagonistas te das cuenta de que no estamos ante un choque entre dos modelos ideológicos o diferentes de gestión. Esto es una lucha por un negocio que mueve 1.000 millones de euros al año, y quienes se han beneficiado de él, han tratado por todos los medios de impedir cualquier cambio.



P. ¿El modelo de colaboración público-privado desarrollado en la región ha aportado algún beneficio a la sanidad pública valenciana? ¿Y perjuicios? ¿En qué medida?

R. Tan solo puede justificarse si se buscan beneficios a corto plazo. En lugar de invertir en la construcción de hospitales el PP decidió pagar a una empresa para que lo hiciera. En lugar de comprar equipos para realizar resonancias magnéticas contrató a una empresa para que las desarrollara.

En lugar de ampliar los recursos para que bajaran las listas de espera decidió mandar a clínicas privadas a los pacientes para que fueran operados allí. Son solo algunos ejemplos. A largo plazo, en la mayoría de los casos, ha salido más caro.

Lo llamativo ha sido la falta de controles y la estrecha vinculación con el PP de las empresas beneficiadas. Y es que el concepto puerta giratoria se queda corto en algunos casos para explicar lo sucedido. El portavoz de Sanidad en las Cortes Valencianas durante unos años, Luis Concepción, era dueño de la empresa que hacía las resonancias magnéticas. El inspector del Hospital de Alzira pasó a ser directivo de la empresa que supuestamente inspeccionaba. El director del IVO, Manuel Llombart, fue nombrado conseller de Sanidad... Estas relaciones son preocupantes y explican la falta de controles y las irregularidades cometidas en algunos casos.

“No es un choque entre dos modelos ideológicos. Es una lucha por un negocio que mueve 1.000 millones de euros al año.”

“En el libro hay testimonios de periodistas, alcaldes y sindicalistas que explican las dificultades para denunciar irregularidades.”

“Este grupo empresarial se lo jugaba todo y ha invertido muchísimo dinero en los medios para tratar de influir.”

P. Uno de los argumentos a favor es que supone un ahorro al sistema sanitario, ¿ha comprobado que sea así?

R. Es cierto. Así lo ratificó la Sindicatura de Cuentas en los hospitales del modelo Alzira. Otros informes, como el del SIMAP, atribuye el ahorro a las condiciones en las que trabaja el personal sanitario. En el libro están las diferentes versiones, lo cual ofrece una versión plural de lo ocurrido. En este sentido estoy muy agradecido a Alberto de Rosa, gerente de Ribera Salud, o Manuel Llombart, director del IVO, por ofrecer su versión. También a la exministra Carmen Montón y los portavoces del Gobierno de Ximo Puig.

P. ¿Qué papel ha jugado el Grupo Ribera Salud en todo este asunto?

R. Este grupo se ha convertido en una firma de primer nivel y sin competencia en su ámbito. El gerente, Alberto de Rosa, perteneciente a una familia pata negra del PP, ha conseguido un enorme poder.

Es curioso ver el origen de la firma. Para construir el modelo Alzira y poner en marcha el modelo, Adeslas no encontraba socio. De Rosa me contó lo difícil que fue porque nadie se fiaba.

Al final, el PP echó mano de las cajas de ahorro valencianas -Bancaja, Cam y Caixa Carlet- para crear Ribera Salud, y durante una época fue una especie de empresa fantasma, sin trabajadores. Este recurso, el de utilizar las cajas de ahorro, lo utilizó el PP valenciano para otros negocios como el parque Terra Mítica, La Ciudad de la Luz o la Fórmula 1. Eran herramientas para sus fines.

P. En alguna ocasión ha comentado que se controlaba la información sobre este tema, ¿qué es lo que ha observado?

R. En el libro hay testimonios de periodistas, alcaldes y sindicalistas que explican las dificultades que han tenido para denunciar irregularidades. Este grupo empresarial se lo jugaba todo y ha invertido muchísimo dinero en los medios para tratar de influir.

También lo han hecho a través de asociaciones afines, revistas, personalidades que se han sumado a su causa... Ha habido unas redes clientelares y de información que han funcionado a la perfección. No ha sido algo exclusivo del ámbito sanitario, lo hemos visto en otros ámbitos durante la etapa de mayorías absolutas del PP.

P. Desde Gaceta Médica se ha hecho seguimiento de las liquidaciones pendientes entre algunas empresas adjudicatarias, como las gestionadas por Ribera Salud, y la consellería de Sanidad valenciana, ¿ha analizado este tema durante su investigación?

R. Hay unanimidad entre todos los implicados en las dificultades para calcular las liquidaciones, y en parte eso es por la mala redacción de los contratos. Cuando gobernaba el PP, puede que por la confianza entre ellos, todo fuera más fácil, pero si se intentan hacer las cosas bien parece una tarea titánica.

Mi sensación es que aquí hay mucho dinero en juego y por eso en lugar de facilitar las cosas se enredan y se deja pasar el tiempo a ver si vienen años mejores. No obstante, mi trabajo abarca hasta noviembre de 2018 y desconozco la situación en la actualidad.

En el libro desvelamos una cifra que parece que estuviera guardada bajo siete llaves. Las cinco concesiones del modelo Alzira han recibido 7.500 millones de euros de 2003 a 2018.

P. Nuestro periódico ha intentado, sin éxito, acceder a algunos documentos sobre este tema a través de la consellería de Transparencia de la comunidad. ¿Ha encontrado facilidades para realizar su trabajo con esta institución?

R. En mi caso sí he encontrado colaboración. La beca era por un periodo de tres meses, por lo que he tenido que acotar el trabajo y ceñirme al material disponible en ese momento.

Opinión

No debemos generalizar las dudas a todas las colaboraciones público-privadas

SANTIAGO DE QUIROGA, Presidente Editor de GM



El libro de Sergi Castillo es interesante y pone sobre la mesa los intereses cruzados que han podido existir en Valencia. Pero no puede arrojar una sombra de duda sobre todas las colaboraciones público-privadas que existen. Cómo nació el grupo Ribera Salud no constituye ninguna ilegalidad, como no lo fue cómo nació el grupo Prisa, por ejemplo.

El poder tiende a beneficiar a los que defienden sus posturas. En algunos casos se trata de corrupción, como en ciertos Gobiernos nacionales y autonómicos. La imputación o condena de cinco de los ocho consellers de Sanitat es un episodio más de la España de los Gobiernos de mayoría absoluta que se perpetúan. En ellos la corrupción asoma: CiU en Cataluña, PSOE en Andalucía y el PP en la C. Valenciana.

Pero no puede arrojar, de nuevo, la sombra de la duda de todos los consejeros de Sanidad, valencianos o no, por el hecho de que vengan del sector privado o impulsen la colaboración público-privada. Ni Boi Ruiz en Cataluña, ni Manuel Llombart en la c. valenciana pueden ser sospechosos de nada, y es injusto dejar en el aire la sombra de la duda.

El autor afirma que no se trata de un choque ideológico, sino de un negocio de 1000 millones de euros. Pero la incapacidad de entender y liquidar los contratos no tiene ideología. No cerrar las cuentas con Ribera Salud, y que devuelva a los valencianos los más de 130 millones de € largos que debe liquidar, es un asunto que no ha sido resuelto por Gobiernos del PP ni del PSOE en Coalición con UP.

Y no se trata de volver a cuestionar los motivos, sino de ser consecuente con la transparencia de la que se presume. ¿Por qué la Consellera de Transparencia, Rosa Pérez, le niega información a GM sobre las liquidaciones de Ribera Salud? Siendo afiliada a EU-Unidas Podemos no parece que sea porque quiera hacer un favor al supuesto entorno del PP.

Los ataques y su virulencia de medios vinculados con grupos empresariales contra ex altos cargos valencianos resulta repugnante

Coincido con el autor en algunas reflexiones, y una de ellas es la virulencia de los ataques de medios de comunicación valencianos que, a la orden de una consigna, cargan sus tintas contra ex altos cargos de la Consellería. Demasiado evidente la conexión: tan pronto aparece un directivo de Ribera Salud entrevistado a página completa como se cuestiona, en el mismo medio, la honorabilidad de una ex consellera.

Resulta repugnante, obvio en su interés vengativo y no es más que carnaza para una pequeña parte de sus lectores. Pero este juego es un boomerang peligroso que volverá sobre la cabeza de sus instigadores, una y otra vez. La paradoja es que el libro de Sergi Castillo ha sido facilitado por una beca de 3 meses de una asociación de periodistas valencianos.

Las irregularidades se deben denunciar. Y no me parece razonable que “periodistas, alcaldes y sindicalistas cuenten que hay dificultades” para denunciar irregularidades. Lo tienen fácil: acudir a los medios de comunicación, que estarán encantados de contarlos y preservar la fuente.

La red clientelar funciona cuando algunas personas callan. Si, Alberto de Rosa ha conseguido un gran poder, pero no debe mezclarse la torpeza de una estrategia de comunicación empresarial con la supuesta irregularidad de su actividad. Incluso si el estilo repugna, como es el caso de los aludidos; hay que ser prudente en las conclusiones. Con todo, se ha tirado de la manta, un poco más.

Profesión



El informe del Sindicato Médico de Granada subraya que es tiempo de planificar los recursos y ofrecer condiciones atractivas a los nuevos médicos para evitar la fuga de profesionales bien preparados por un sistema formativo de gran nivel.

Un contrato atractivo para los 6.069 médicos que terminan su MIR en mayo

La especialidad más numerosa es Medicina de Familia, con 1.690 nuevos médicos, y Pediatría, con 400

E.M.C.
Madrid

El próximo mes de mayo pueden finalizar su formación sanitaria especializada alrededor de 6.069 MIR, apenas 148 profesionales más que el año pasado. El Centro de Estudios del Sindicato Médico de Granada ha elaborado un informe que recoge los últimos datos sobre esta nueva promoción de especialistas, con un desglose por especialidad, sexo, comunidades autónomas, provincia, y la evolución en la última década.

La cifra de este año está lejos de los casi 7.000 especialistas que terminaron esta etapa formativa en 2014 y 2015.

Por especialidades, la más numerosa será Medicina Familiar y Comunitaria, que contará con 1.690 nuevos médicos. Le siguen Pediatría, con 400 nuevos médicos, y Anestesiología y Reanimación, que tendrá 310 nuevos especialistas. Justo al otro lado de la balanza se sitúan cuatro nuevos bioquímicos clínicos y un total de nueve inmunólogos.

Por otra parte, el porcentaje de feminización de los que serán nuevos especialistas a partir de mayo se sitúa en un 66 por ciento, un 0,8 por ciento por debajo del año pasado. Hay grandes diferencias entre las especialidades. En Obstetricia y

Planificación

Los servicios de salud están a tiempo de planificar y ofrecer contratos a estos médicos para evitar que emigren

Feminización

El porcentaje de mujeres en los nuevos especialistas se sitúa en un 66%, con grandes diferencias según las áreas

Ginecología la cifra asciende a un 87,4 por ciento; en Pediatría, se sitúa en un 83,8 por ciento; y en Alergología, las mujeres alcanzan un 80,9 por ciento.

En el lado opuesto se encuentran Bioquímica Clínica, con un 25 por ciento de mujeres, Cirugía Ortopédica, con un 36,8 por ciento, y Neurocirugía, con un 42,1 por ciento.

Menos listas de espera, más plazas

El autor de este trabajo, Vicente Matas, es también vocal de Atención Primaria Urbana de la Organización Médica Colegial. Entre otras muchas ideas, confía

en que muy pronto el Sistema Nacional de Salud cuente con “menos listas de espera y más plazas los jóvenes médicos”.

Matas recuerda que faltan aún varios meses hasta que estos médicos especialistas terminen su formación. Por eso, considera que los servicios de salud están a tiempo de planificar y ofrecer contratos atractivos y de larga duración para que la mayoría no se marchen fuera de España.

“Esperemos que las CC. AA. puedan estar a la altura y consigan fidelizar a estos magníficos médicos especialistas que terminan su formación y que tanto esfuerzo y recursos ha costado formar”, advierte.

Y es que el informe remarca que aunque el Gobierno afirma que la crisis está siendo superada, los recortes siguen ahí y serán pocos los nuevos especialistas que encuentren un trabajo atractivo y estable en España.

Con un contrato eventual y por horas, añade, algunos se presentarán de nuevo al MIR y comenzarán una nueva especialidad, vaticinan. Para el resto, la opción es la emigración: “Su gran formación les abre las puertas de muchos países en los que encontrarán mejores condiciones laborales y profesionales, es muy triste, pero es la realidad”, sentencia.

Prueba de ello, es que en 2019 un total de 2.500 médicos han pedido a la OMC el certificado de idoneidad para trabajar fuera de España.

El trabajo refleja también que en los próximos años se producirá un aumento paulatino, aunque insuficiente, en el número de nuevos especialistas.

Aunque frente a estas cifras, las jubilaciones ponen en riesgo el reemplazo generacional de profesionales en el Sistema Nacional de Salud.

En este sentido, el informe remarca que es necesario realizar una planificación responsable de las necesidades de médicos especialistas. Recuerda que aproximadamente el 40 por ciento de las plantillas quedarán vacantes por jubilación en los próximos diez años. “Esperemos que los nuevos MIR sean suficientes y que no emigren en gran número a países de nuestro entorno con mejores condiciones laborales y de profesionales”, apunta.

Como medida, propone convocar oposiciones con todas las plazas vacantes y las que se puedan producir hasta final de año para que puedan presentarse, tanto los médicos que acaban su formación ahora como los miles que aún están en contratos precarios por meses, semanas, guardias, días e incluso horas.

El Foro de la Profesión Médica apoya la gestión del coronavirus de Sanidad

Los miembros del Foro se han puesto a disposición de las Administraciones públicas en este asunto

E.M.C.
Madrid

El Foro de la Profesión Médica está siguiendo de cerca la evolución de la infección por coronavirus Covid-19. Concidiendo con la confirmación de nuevos casos, mantuvieron una reunión este miércoles para repasar los temas de actualidad que afectan al sector médico.

Los participantes de este foro, del que forman parte OMC y Cgcom, junto con Facme, el sindicato CESM, la Conferencia Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, la Conferencia Nacional de Decanos y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina, han manifestado su confianza en la gestión que está llevando a cabo hasta la fecha el Ministerio de Sanidad.

Asimismo, el foro elogia la implicación de los profesionales en este tema, pero señala la necesidad de involucrar a los usuarios en la gestión de esta crisis sanitaria. En el encuentro de ayer se puso sobre la mesa la confianza absoluta en el SNS, así como la importancia de impulsar la coordinación a todos los niveles. Además, hablaron de la necesidad de mantener la transparencia informativa en un asunto de este calado.

Desde el Foro, han reclamado a la población un uso racional de los recursos



El Foro de la Profesión Médica analizó en su reunión de este miércoles la situación del coronavirus y los temas pendientes que afectan a los profesionales sanitarios.

sanitarios, con miras especiales a no sobrecargar los servicios de urgencias.

El Foro de la Profesión Médica también ha repasado otros temas de actualidad, como el traspaso de competencias en materia de formación sanitaria. Los miembros del foro han celebrado el compromiso del ministro de Sanidad, Salvador Illa, tras reunirse la semana pasada con algunas organizaciones

médicas. Illa les ha trasladado que no habrá traspaso de competencias a las comunidades autónomas tanto del sistema MIR como de la homologación de títulos. Sobre este tema, ya se habían posicionado en su última reunión.

Comité de seguimiento Cgcom

Desde las organizaciones de profesionales sanitarios se sigue muy de cerca la

evolución de la situación. A finales del pasado mes de enero, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos ya anunció la puesta en marcha de una comisión de seguimiento encargada de la coordinación con el Ministerio de Sanidad. El comité está presidido por Serafín Romero, presidente del Cgcom, y en él participan miembros de la Comisión Permanente.

Frente a los bulos, el Cgcom refuerza sus mensajes a los ciudadanos sobre el Covid-19

GM
Madrid

Ante el avance del coronavirus, el Consejo General de Colegios de Médicos (Cgcom) ha lanzado una serie de recomendaciones a la población general. Desde la entidad recuerdan a los ciudadanos que aunque la enfermedad es nueva, emergente y potencialmente pandémica, en este momento es aún erradicable.

También remarcan que su tasa de letalidad puede situarse en torno al 2 por ciento de los pacientes con enfermedad, pero es mucho menor si sumamos los casos asintomáticos.

En este momento, subrayan desde el Consejo, lo principal es el diagnóstico precoz, de acuerdo a los criterios epidemiológicos y clínicos acordados en el

Consejo Interterritorial; el aislamiento de los pacientes y la trazabilidad y cuarentena de los contactos.

En su opinión, estas medidas son esenciales, en la medida que aún es posible controlar la enfermedad y erradicarla del planeta.

Mascarillas

La entidad colegial destaca que los equipos de protección personal, de acuerdo con el protocolo vigente, solo deben ser utilizados por profesionales sanitarios durante su trabajo.

“Las mascarillas no sirven de nada al aire libre ni tampoco en lugares del mundo donde no hay transmisión local, como por ejemplo España, en este momento”, subrayan. De ahí que los representantes de los médicos piden a los ciudadanos que no acaparen masca-



El Cgcom pide a los ciudadanos que eviten las compras compulsivas de mascarillas.

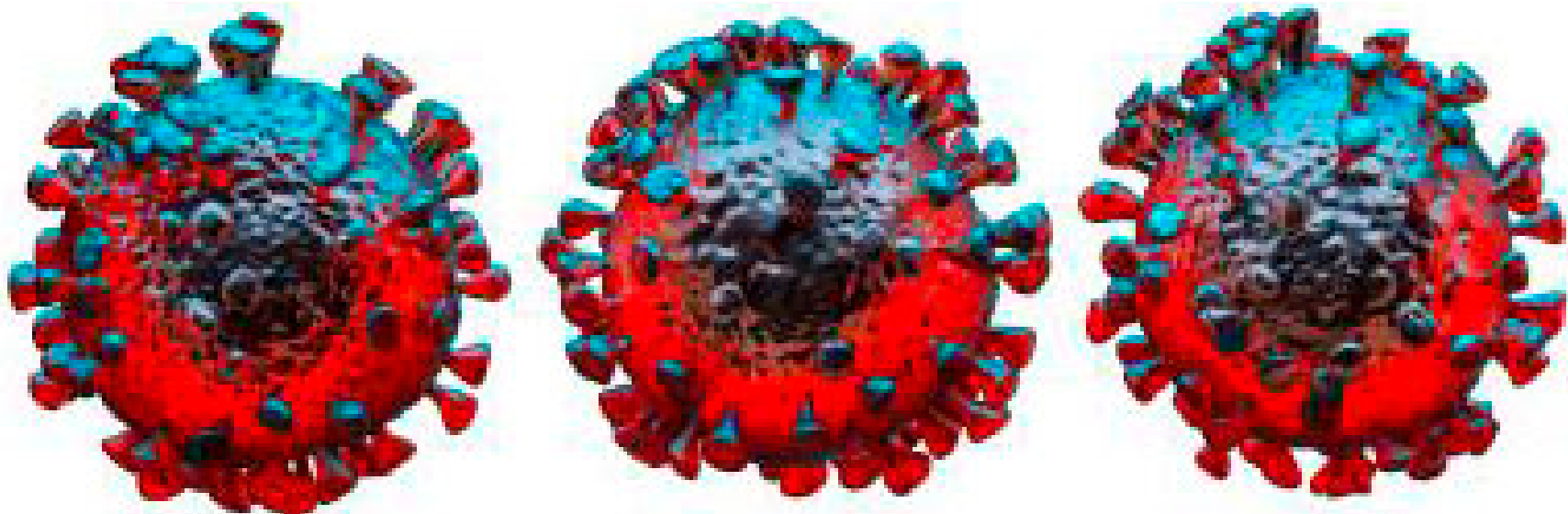
rillas ni hagan compras compulsivas, “que solo contribuyen a generar alarma y provocar desabastecimientos”.

Junto a estos mensajes, recuerdan a la población que su médico es su mejor aliado y consejero en caso de presentar cualquier duda o problema de salud, ahora y siempre. “No sature innecesaria-

mente las urgencias hospitalarias”, sentencian.

En la misma línea, recuerdan a los ciudadanos la importancia de mantenerse bien informados, evitando las noticias falsas. Para finalizar, aconsejan hacer una vida “lo más normal posible en todos los sentidos”.

Especializada



¿Qué pasó con los otros brotes de coronavirus?

El SARS causó la epidemia de 2003 en China y el MERS se ha notificado en 27 países desde 2012

SANDRA PULIDO
Madrid

El COVID-19 pertenece a la familia de los betacoronavirus, uno de los cuatro géneros (alphacoronavirus, betacoronavirus, gammacoronavirus y deltacoronavirus) incluidos dentro de la familia Coronaviridae.

Hasta la fecha se han registrado treinta y nueve especies de coronavirus. Los que afectan a humanos están dentro de los géneros alpha (los asociados al resfriado común: HCoV-NL63 y HCoV-229E) y los beta (HCoV-HKU1, HCoV-OC43, SARS-CoV, MERS-CoV y el COVID-19).

El SARS-CoV

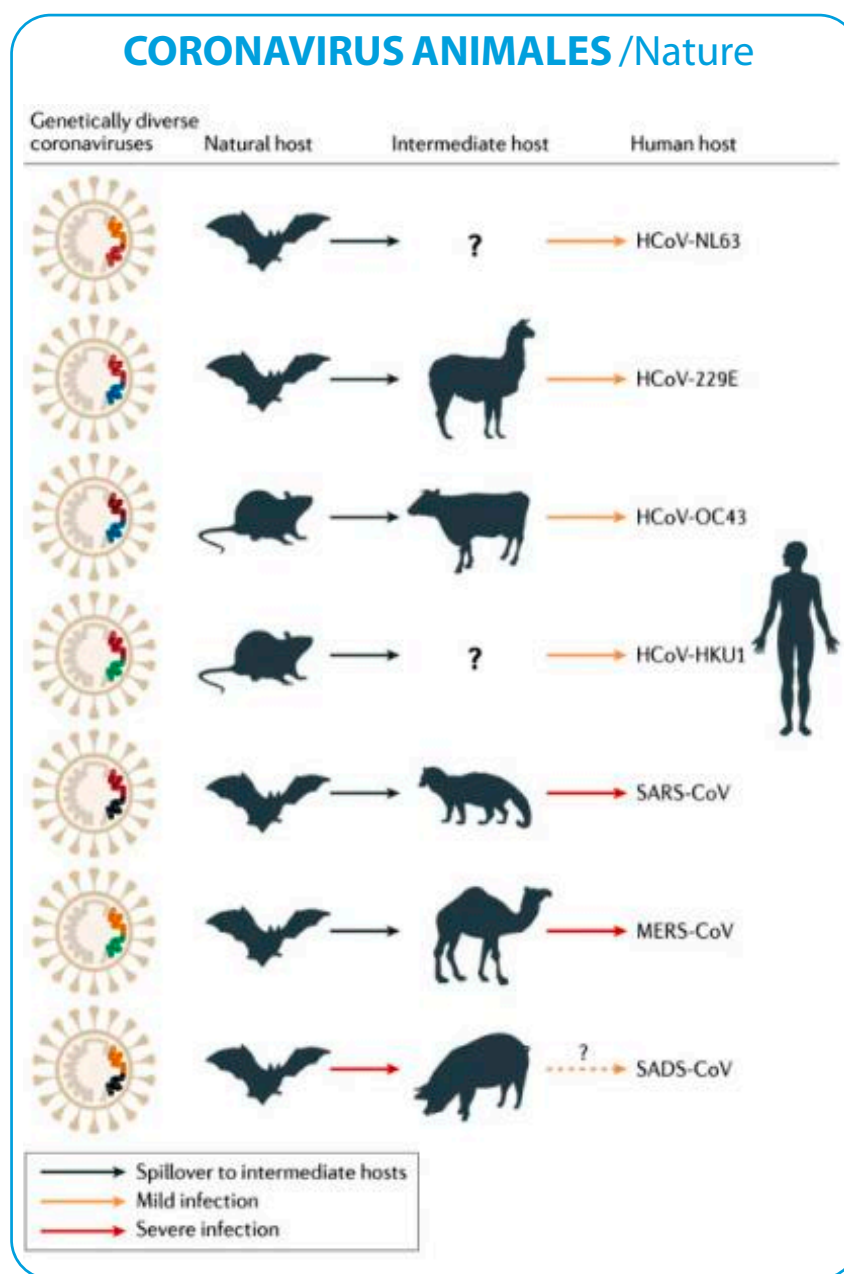
El SARS-CoV es el coronavirus que causó en 2003 la epidemia del Síndrome respiratorio agudo grave en los países del sudeste asiático.

Se detectó por primera vez en la provincia de Gaundong (China) en noviembre de 2002. A partir de ahí se propagó a más de 30 países, causando un total de 8.098 contagios en todo el mundo y 774 muertes.

El virus se extendió por Asia, Europa y América del Norte pero China tuvo el 83% de todos los casos.

La tasa de letalidad del SARS fue del 10%, alcanzando el 43% en pacientes de 60 años o más en el país asiático.

Aunque no se han informado nuevos casos desde 2004, los CDE han puntualizado que no se debe considerar erradicado porque el virus causante tiene un reservorio animal del cual posiblemente podría resurgir. Las investigaciones apuntaron a que el SARS saltó de los gatos zigueta a los humanos, siendo el murciélago el hospedador original.



MERS-CoV

El síndrome respiratorio de Oriente Medio es una enfermedad respiratoria aguda grave causada por el coronavirus identificado como MERS-CoV.

La infección por MERS-CoV fue informada por primera vez en septiembre de 2012 en Arabia Saudita en un paciente de 60 años que falleció por insuficiencia respiratoria.

Según la OMS, desde 2012 se han notificado casos de MERS en 27 países: Alemania, Arabia Saudita, Argelia, Austria, Bahrein, China, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Estados Unidos de América, Filipinas, Francia, Grecia, Italia, Jordania, Kuwait, Líbano, Malasia, Omán, Países Bajos, Qatar, Reino Unido, República de Corea, República Islámica de Irán, Tailandia, Túnez, Turquía y Yemen.

La tasa de mortalidad de las personas infectadas por MERS-CoV es de aproximadamente un 35%, pero la cifra puede estar sobrestimada porque es posible que los casos leves no sean detectados.

El 80% de los casos han ocurrido en Arabia Saudita entre personas que han tenido contacto con dromedarios, aunque también existe transmisión de persona a persona. Los casos identificados fuera de Oriente Medio corresponden generalmente a viajeros infectados en esta región.

El MERS-CoV se ha identificado en dromedarios en varios países, como Egipto, Omán, Qatar o Arabia Saudita. También hay datos que indican que el MERS-CoV está extendido entre los dromedarios de Oriente Medio, África y Asia Meridional.

Es posible que existan otros reservorios animales, pero se han analizado cabras, vacas, ovejas, búfalos, cerdos y pájaros salvajes sin que hayan dado positivo para MERS-CoV.

III Foro de Vacunas

Los especialistas reclaman un registro único de vacunación en grupos de riesgo

El encuentro ha analizado la implementación de las Recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo



El encuentro III Foro Vacunas: Recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo se celebró en la sede de Wecare-u.

SANDRA PULIDO

Madrid

Los especialistas que han participado en el III Foro Vacunas han reclamado un registro único de vacunación en grupos de riesgo para incrementar la coberturas y garantizar la seguridad de los pacientes.

El encuentro, organizado por Fundamed y GSK, ha analizado la implementación de las Recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo tras su aprobación por la Comisión de Salud Pública en julio de 2018.

Uno de los objetivos de este encuentro es dar a conocer el documento en su totalidad y ayudar a incrementar las coberturas y el cumplimiento de las pautas de vacunación.

Tal y como ha destacado Ángel Gil, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de URJC, "el documento del Ministerio de Sanidad es excelente pero queremos que se conozca más y que los profesionales compartan las experiencias de vacunación que funcionan en sus centros".

En este sentido, José M^a Martín Moreno, especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, ha resaltado que lo más impoente sobre la vacunación en grupos de riesgo es la difusión de información por un lado. Por otro, "que haya un afán de mejora y que este documento se actualice". Asimismo, incidió en la importancia del registro único "porque lo que no evalúa no se puede mejorar".

Coordinación entre comunidades

Pilar Arrazola, jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital 12 de Octubre, consideraba también que es vital "tener numeradores en condiciones para hacer un seguimiento asistencial de los pacientes entre todos los especialistas". Arrazola recordó que muchos pacientes son derivados y es necesario poder comprobar que vacunas tiene el sujeto. "Es clave que exista una coordinación y que haya un registro a nivel nacional o registros compatibles entre comunidades", añadía.

En este factor también entra en juego la seguridad, ya que como resaltaba Isabel Jimeno, de la Sociedad Española de Medicina General (SEMG), "la seguridad del paciente es primordial y no puede ser que un paciente venga de Galicia a Madrid y no sepamos de que está vacunado".

Martín Moreno concluía que había que luchar por una iniciativa que una a todos los programas de registros de las comunidades autónomas.

Formación y sensibilización

En el encuentro también se han debatido formas de impulsar la concienciación y la sensibilidad de los profesionales, más allá de primaria y de medicina preventiva. Todos los especialistas deben estar informados sobre la vacunación en los grupos de riesgo y recomendar esta medida a sus pacientes.

Asimismo, han incidido en que falta formación en atención primaria y recursos en todos los servicios para alcanzar mejores coberturas.



Los participantes debatieron durante el encuentro.



José M^a Martín Moreno y Ángel Gil moderaron el III Foro de Vacunas.



¿Cuál es tu índice de obesidad?

Un nuevo índice para medir el grado de obesidad, más allá del IMC

Investigadores proponen un nuevo sistema de clasificación de enfermedades para la obesidad

CARMEN M. LÓPEZ
Madrid

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, el código para la obesidad se define como “obesidad debida al exceso de calorías”. Algo que, a juicio de los expertos, no es medicamente significativo y no refleja realmente la patogénesis de la obesidad.

En este contexto, los investigadores han propuesto un nuevo sistema de clasificación de enfermedades “científicamente correcto” y “medicamente accionable” para la obesidad. Esta propuesta ha sido publicada en la revista ‘Obesity’.

Este sistema de clasificación está basado en el concepto de Enfermedad Crónica Basada en la Adiposidad (ABCD). Se trata de un término diagnóstico que busca reflejar la fisiopatología y el impacto clínico de la obesidad como enfermedad crónica.

¿Quién avala este nuevo sistema?

De esta manera, tanto la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos (AAEC) como la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO) han adoptado el concepto de ABCD.

Los expertos han tenido en cuenta cuatro factores: la fisiopatología, la clasificación del IMC, las complicaciones y la gravedad de la complicación.

Hasta ahora, el diagnóstico de la obesidad se basaba únicamente en el IMC, un dato que no sirve para indicar el impacto del exceso de adiposidad en la salud

Esta propuesta puede contribuir a personalizar los diagnósticos de cada paciente

“La codificación refleja lo que estamos tratando y por qué lo estamos tratando, y, con suerte, proporcionará un impulso para un mayor acceso de los pacientes a tratamientos basados en evidencia”, ha explicado el autor principal del estudio, el profesor en el Departamento de Ciencias de la Nutrición y Director del Centro de Investigación de Diabetes de la Universidad de Alabama en Birmingham, W. Timothy Garvey.

¿Por qué el IMC es impreciso?

Según estos expertos, el IMC y otras métricas simples de obesidad no reflejan con precisión la complejidad de la enfermedad o las circunstancias que atraviesan los pacientes. Así, para Garvey estas deficiencias dificultan el acceso de los pacientes a terapias “basadas en la

evidencia” y la consideración de la obesidad como una enfermedad crónica.

“Es hora de que la obesidad entre en la era de la medicina de precisión, con nuevos sistemas de clasificación basados en puntos finales funcionalmente establecidos”, defiende la autora del artículo de la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad sobre ABCD, Gema Frühbeck.

¿Para qué servirá este nuevo índice?

Esta propuesta, aseguran los científicos, respalda los esfuerzos clínicos de personalizar los diagnósticos individuales con más precisión y matiz, “lo que beneficiará a los planes terapéuticos personalizados para pacientes con obesidad”, asegura el presidente de la Red Estatal de Enfermedades de Nutrición y Obesidad de la Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos, Karl Nadolsky.

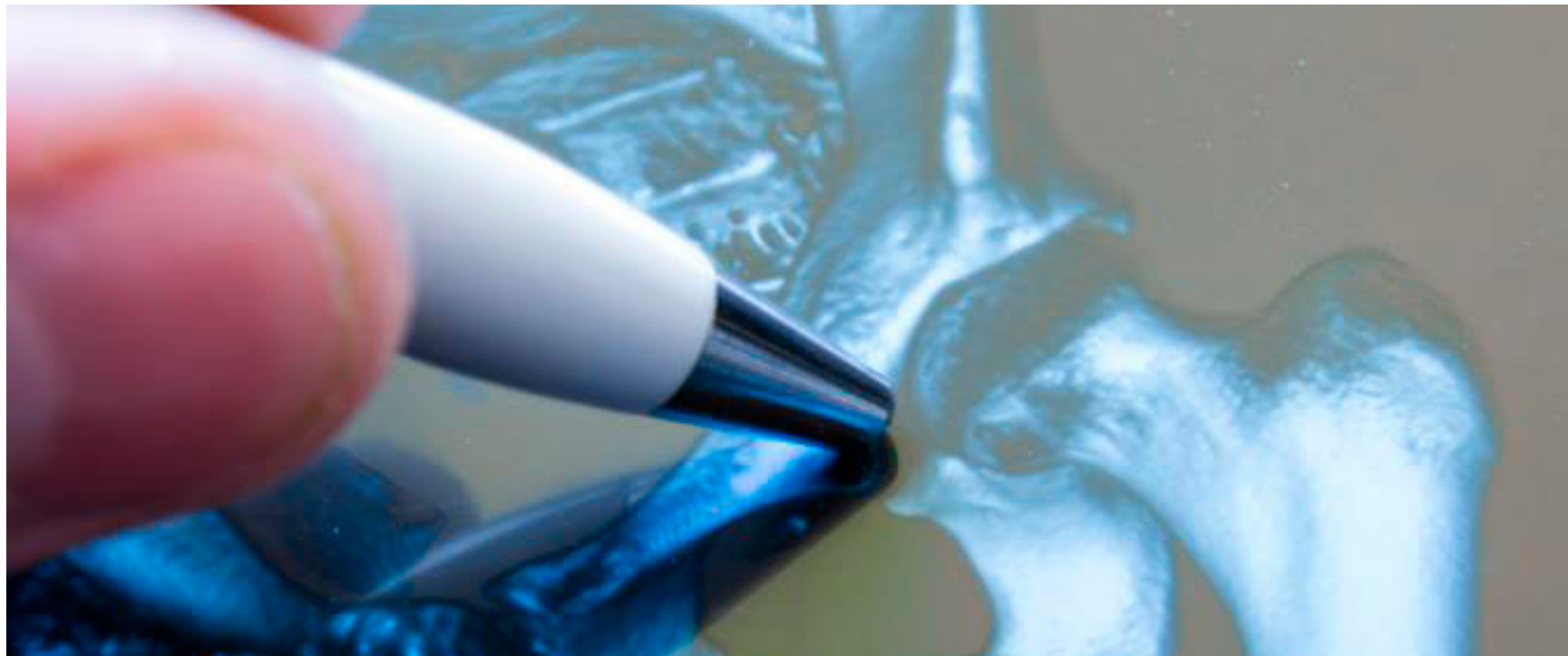
Por su parte, el profesor de epidemiología y prevención en la Escuela de Medicina de Wake Forest, Jamy Ard, defiende que este nuevo marco puede ayudar a los profesionales a conceptualizar la obesidad “más allá de un marco erróneo de que este paciente come demasiado y no es suficientemente activo”.

“Este enfoque más avanzado requerirá una cantidad significativa de educación y alcance para cambiar los comportamientos de los clínicos”, concluye.



España suspende en la demora quirúrgica de los pacientes con fractura de cadera

El Registro Español de Fractura de Cadera (RNFC) ha presentado datos de su actividad de 2018



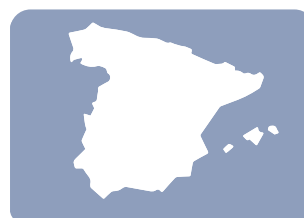
SILVIA RODRIGO
Madrid

El 21 de febrero, en el seno del Ministerio de Sanidad, tuvo lugar la 3ª reunión nacional del Registro Español de Fractura de Cadera (RNFC). Con motivo de esta reunión, el registro presentó los datos del Informe Anual 2018.

El RNFC se originó en 2016 y se configura como una gran base de datos acerca de la asistencia sanitaria a los pacientes con fracturas de cadera desde su fase aguda hasta el mes posterior de la mismas. Tal como declaró la coordinadora de esta iniciativa, Pilar Sáez, el objetivo del RNFC es mejorar la atención al paciente con fractura de cadera mediante el conocimiento su situación en nuestro país en relación a sus características clínicas, funcionales, asistenciales y epidemiológicas. "Conocer la realidad asistencial en nuestro país nos permite realizar comparaciones entre los distintos hospitales, obtener indicadores y optimizar resultados. El grupo de trabajo RNFC es en sí mismo una fórmula de aprendizaje, intercambio de información, consulta de casos, benchmarking, actualización... que favorezca la mejora asistencial", añadió Sáez.

Para alcanzar estos objetivos el establecimiento de criterios de buena práctica y la definición de indicadores para su medición constituye un paso crítico. En este sentido, Juan Ignacio Gonzalez Montalvo, Jefe de Servicio de Geriátrica del Hospital La Paz, director del Grupo Envejecimiento y Fragilidad de Instituto de Investigación de Hospital Universitario La Paz (IdiPaz), quiso

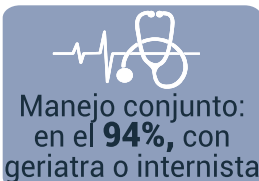
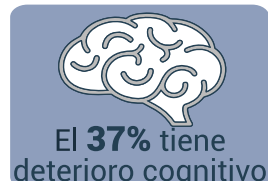
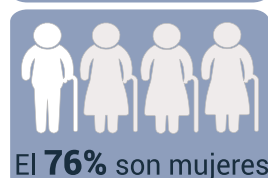
Mapa de la fractura de cadera en España 2018* (Informe del Registro Nacional de Fracturas de Cadera)



*Datos obtenidos de los hospitales participantes en el Registro Nacional de Fracturas de Cadera

72 hospitales
11.431 pacientes

RNFC



especificar los criterios de selección para estos indicadores. En concreto estos han sido la capacidad para evaluar procesos

o resultados, la factibilidad de mejora y la relevancia para los pacientes que padecen esta patología.

Resultados del Informe Anual 2018

En el momento actual, el RNFC cuenta con resultados de 18.188 pacientes y el informe que ha sido presentado refleja su actividad durante 2018, en el que se incluyeron 11.431 casos. Los pacientes tenían 87 años de edad media, el 76% mujeres. Un dato sorprendente que nos sitúa a la cola de la media europea es que el 97% de los pacientes fueron intervenidos con una demora media de 66 horas, y una hospitalización media de 10 días. Al mes del episodio, el 50% deambulaba de forma independiente y el 48% recibía tratamiento osteoprotector.

En base a estos resultados, el RNFC recomienda que deben hacerse esfuerzos en los hospitales españoles, en general, por acortar el tiempo preoperatorio, favorecer la movilización temprana de los pacientes tras la intervención quirúrgica, prevenir la aparición de las úlceras por presión, incrementar el inicio de la prevención secundaria de fracturas en estos pacientes y poner en marcha los recursos necesarios para la recuperación funcional de los pacientes con el objetivo de conseguir una mayor calidad de vida.

La fractura de cadera en España

La fractura de cadera es uno de los principales problemas de salud asociado al envejecimiento debido a su repercusión sobre la calidad de vida y sobre la mortalidad. En España se calcula una incidencia de 104 casos por 100.000 habitantes lo que supone unas 45.000 a 50.000 fracturas de cadera al año, dato que se prevé que continúe aumentando. Esta incidencia supone un coste anual de 1.591 millones de € y una pérdida de 7.218 años de vida ajustados por calidad.

Con rayos X



DÍA MUNDIAL DE LAS ENFERMEDADES RARAS

Un '¿Quién es quién?' de Enfermedades Raras

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

Una versión gigante del clásico juego '¿Quién es quién?' ha sido colocado por Sanofi Genzyme esta semana en Plaza Castilla, Madrid, para dar visibilidad a los trastornos minoritarios con motivo del Día de las Enfermedades Raras, que se celebra este 29 de febrero.

Esta acción, que ya alcanza su segunda edición, muestra un tablero con la particularidad de "no poder descartar a las personas con Enfermedades Raras (EE.RR.)", que se basa en el lema "somos pocos, no menos".

Este año, las enfermedades raras que se mantienen en alto dentro del tablero son las correspondientes a Fabry, Pompe, Gaucher, Mucopolisacaridosis Tipo 1 (MPS1), Púrpura Trombocitopénica adquirida (PITA) y ASMD. El objetivo es reivindicar la investigación en relación a estas patologías, mostrando tan sólo 6 en el tablero de las 7.000 minoritarias que se considera que existen.

Derecho de recibir un diagnóstico

Las enfermedades raras afectan a más de tres millones de españoles y a 350 millones de personas en todo el mundo. Por el contrario, las 14 piezas restantes representan patologías más prevalentes en nuestra sociedad como la diabetes tipo 2, la gripe o la hipertensión.

Con este contraste, Sanofi Genzyme pretende reivindicar el derecho de los pacientes a recibir tratamientos innova-

LUCHA CONTRA SIETE EE.RR A LA VEZ

Noah Higón tiene siete enfermedades raras: el síndrome de Ehlers Danlos, el de Wilkie, del cascaneques, el síndrome de comprensión vena cava inferior, de May-Thurner, de Raynaud y gastroparesia. Todas ellas son las que han dado forma a esta joven valenciana que se declara activista por las

enfermedades raras y asegura que: "seguiría luchando por ellas aunque no las padeciera". Noah cuenta a través de las redes sociales (@nh487) sus experiencias para "dar voz a todos los pacientes". Puedes leer la historia completa de Noah Higón en gacetamedica.com.

dores que mejoren su calidad de vida, así como visibilizar las patologías.

"La búsqueda de un diagnóstico es un casi un vía crucis para los pacientes", aseguró a Gaceta Médica el director general de Sanofi Genzyme Iberia, Francisco J. Vivar, quien destaca la importancia de trasladar este tipo de acciones a la calle para concienciar de la situación de los pacientes. "Una persona no es rara por tener una enfermedad rara, lo raro es la enfermedad", afirmó. Vivar aprovechó para señalar los pilares fundamentales en los que se sostiene la celebración del Día de las Enfermedades Raras: el aumento de las investigaciones clínicas, la concienciación social y el conocimiento profesional de los sanitarios. "Se trata de patologías poco frecuentes y probablemente no se hayan encontrado con ninguna a lo largo de su experiencia laboral", resaltó.

Los desafíos de los pacientes

Vivar asegura que el mayor reto al que se enfrentan los pacientes es la equidad en busca de un diagnóstico y, citando al

presidente del Colegio de Farmacéuticos de Sevilla, Manuel Pérez, comenta: "la mayoría de las EE.RR. tienen su origen en el código genético y el tratamiento en el código postal". Para paliar la situación, la Federación Española de Enfermedades Raras (Feder) está trabajando para desarrollar políticas de sensibilización de las enfermedades, así como congresos informativos. La vocal de la junta directiva de Feder, Rosa Elba González, considera que lo más importante es "poner nombre y apellido a la enfermedad" y la igualdad en la búsqueda de diagnóstico, ya que "hay ocasiones en las que sólo una persona en todo el país tiene la enfermedad".

La campaña ha contado con la participación de la Asociación ASMD España o la Federación Española de Hemofilia (FEDHEMO) y el apoyo de Juan Rubio, diputado de la Asamblea de Madrid y padre de un paciente de Pompe, que sostiene que "las instituciones deben jugar un papel fundamental. La detección precoz evitaría mucho sufrimiento a los padres".

Carta del Editor

Otras infecciones prevenibles y no atendidas



SANTIAGO DE QUIROGA,
Presidente Editor
de GM

Más de la mitad de los ingresados por gripe común el año pasado **no estaban vacunados**. Falta conciencia con la vacunación de la gripe común, que sí tiene una vacuna, a diferencia del coronavirus. Se tardará más de un año en obtener una vacuna para el coronavirus, si se obtiene finalmente por primera vez.

En España murieron en 2018 el 20% de las personas que ingresaron en los hospitales con una gripe común. Las CC.AA. hacen un esfuerzo grande cada año por proteger a la población, pero no se alcanzan el 75% de la tasa de vacunación recomendada por la OMS, y nos situamos alrededor del 55% de cobertura vacunal frente a la gripe común en la población de riesgo. Pero hay más infecciones que la gripe común, y afecta también a grupos de riesgo. Se trata de personas que contraerán otras infecciones inmunoprevenibles y que **desconocen que existen protocolos para su vacunación**. Otras vacunas, para otros virus y bacterias, que existen ahora y previenen infecciones más frecuentes y graves que el coronavirus. Se trata de recomendaciones de expertos y de autoridades sanitarias para infecciones inmunoprevenibles.

De nuevo, nos encontramos con el mismo problema: ni los especialistas ni los pacientes saben, o al menos no lo estimulan, que **podrían evitarse infecciones de bacterias y virus con una simple vacunación**.

Recientemente, un grupo de médicos preventivistas de distintos hospitales y representantes de sociedades científicas han llamado la atención sobre vacunas que sí existen y pueden prevenir infecciones. Se da la circunstancia de que algunos enfermos ingresados en hospitales deberían recibir distintas vacunas protocolizadas y consensuadas por las CC.AA. y sus departamentos de Salud Pública en un esfuerzo coordinado por el ministerio de Sanidad. Dichas recomendaciones elaboradas en 2018 no consiguen alcanzar al paciente por falta de concienciación y de un mecanismo eficaz para vacunar, en la mayoría de los casos. Pero ya se trabaja en este problema.

@santidequiroga