

NEW

NORMAL

Así será la agenda política en la nueva normalidad

El ministro de Sanidad, Salvador Illa, replantea las líneas estratégicas en su primera comparecencia en el Senado
Las propuestas para la reconstrucción también se van perfilando

P. 3, 4 y Editorial

Opinión

Inteligencia artificial: el nuevo sanitario habla, pero no es humano

A CORAZÓN ABIERTO



Víctor Garayar

Director de Implementación de Soluciones Cognitivas para el Sur de Europa y Latinoamérica de IPsoft

Hoy en día, España, con el segundo mayor índice de longevidad del mundo ha multiplicado por veinte el número de centenarios solo durante los años de democracia. La medicina moderna lo ha hecho posible, pero esto también significa que el sistema de salud se enfrenta y se seguirá enfrentando a mayores desafíos, ya que muchos de los problemas de salud se vuelven más frecuentes con la edad.

Por otro lado, cuando los pacientes no siguen las instrucciones de tratamiento dadas por sus médicos, se pueden desencadenar una serie de consecuencias nefastas como el empeoramiento de las enfermedades o el potencial aumento de los costes de la atención médica.

Para que cada vez más personas mejoren su esperanza de vida y disfruten de ella en las mejores condiciones posibles, es imperativo que la población comprenda la importancia de seguir la planificación de sus planes de atención médica. Desafortunadamente, a nuestro sistema público de salud le costará atender de forma óptima y con el suficiente personal esta creciente demanda, ya que no cuenta ni con suficientes recursos materiales ni con tantos profesionales sanitarios. Si vamos a satisfacer la creciente necesidad de atención médica dirigida y de alta calidad, tendremos que confiar en algo completamente diferente: la inteligencia artificial conversacional (IA). Y en esto, el componente "conversacional" es clave.

HOGAR Y SALUD

Si bien no se pueden evitar todas las visitas al hospital, es mucho más efectivo 'empujar' a las personas para que se cuiden mejor en casa, ofreciéndoles recordatorios de sus cuidados. Por ejemplo, estos asistentes digitales pueden ayudar a un paciente a solicitar recetas, recordarle cómo usar dispositivos de atención médica rutinarios (por ejemplo, un inhalador) o recordarle la toma de sus medicamentos.

Esto, de ninguna manera, significa que la Inteligencia Artificial conversacional debería reemplazar a los médicos y enfermeros. Más bien, es un apoyo al servicio que ofrecen, lo que les permite concentrarse en problemas más importantes para los pacientes, escucharles atentamente o proporcionarles una comunicación interpersonal de gran valor añadido.

La IA conversacional es posiblemente la tecnología que más necesita ahora nuestro servicio de salud. Con el aumento de los costes de atención médica y la inminente escasez de profesionales, necesitamos toda la ayuda que se pueda obtener. Al aprovechar los avances tecnológicos, en particular los asistentes de conversación, será posible aliviar parte de la presión que afecta a los hospitales y otras instalaciones de atención médica. Este es, en efecto, el cambio que todos hemos estado esperando: ahora es el momento de que el gobierno tome nota.



Un horizonte con la formación en transformación

EDITORIAL

Conscientes de que la sanidad tiene que seguir avanzando y a aprender a convivir con el virus, el Ministerio de Sanidad ya ha activado toda la maquinaria para trabajar en la agenda paralela a la COVID-19. Las prioridades del sistema siguen siendo las mismas que estaban hace cuatro meses, si bien ahora la urgencia se ha incrementado. Hace unos días Salvador Illa trasladaba ante la Cámara Alta la hoja de ruta del Ministerio de Sanidad.

Así, los planes a corto, medio y largo plazo ya están establecidos. Reordenar prioridades. La nueva regulación de las profesiones sanitarias y de la especialización está en camino, tal y como anunció. Además, reconocer la carrera investigadora es otro de los asuntos claves de la cartera sanitaria. Reclamo compartido para Ciencia y Sanidad.

Lo que está claro que la meta es "transformar el Sistema Nacional de Salud". ¿Será la pandemia la impulsora de este giro necesario?

Lo cierto es que las líneas y el camino a seguir los próximos meses también se empieza a atisbar. Otra de los asuntos en los que el Gobierno tiene el foco puesto es en la formación continuada. La propuesta del borrador de la Comisión para la Reconstrucción de PSOE y Unidas Podemos aborda esta cuestión. De hecho, plantean tomar medidas para la financiación pública de formación continuada de los profesionales sanitarios a cargo de las administraciones públicas, y para investigación independiente, divulgación/educación sanitaria y patrocinio de actividades de asociaciones de pacientes. "Se prohibirá financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria", añaden.

Precisamente, Farmaindustria acaba de presentar los datos de las transferencias de valor. Por quinto año consecutivo, las compañías farmacéuticas asentadas en España y adheridas al Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria han publicado las colaboraciones en investigación y en formación médica que han llevado a cabo durante el pasado año con profesionales y organizaciones sanitarias, lo que constituye uno de los pilares esenciales de la I+D y la calidad de la prestación sanitaria en nuestro país. En total, según los datos recopilados, la industria farmacéutica que opera en España contribuyó en 2019 con 483 millones de euros a actividades colaborativas de investigación y a formación científica en nuestro país. En concreto, 115 millones de euros fueron destinados a ayudas a profesionales sanitarios para que pudieran acudir a reuniones y congresos científicos-profesionales, mientras que las organizaciones sanitarias responsables de este tipo de encuentros contaron con un apoyo de 109 millones de euros. Con todo, la apuesta conjunta por impulsar el conocimiento y las actualizaciones que van llegando de la mano de la innovación es una cuestión de alta prioridad en la que el SNS debe trabajar.

Sanidad se ha marcado como meta transformar el SNS

Las conclusiones de los partidos: fumata blanca preliminar

CARTA DEL EDITOR



Santiago de Quiroga

Editor de Gaceta Médica

La primera señal es buena: los partidos de la coalición de Gobierno, PSOE y Unidas-Podemos, han presentado un documento común con **68 propuestas** para la reconstrucción de la sanidad. Son las conclusiones de sus diputados y diputadas en el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública. La gobernanza del SNS, los recursos humanos, la atención primaria, la salud pública, la I+D, las vacunas, la transformación digital, la política farmacéutica o la financiación de la sanidad. Un documento en el que se deduce la experiencia de la gestión de los socialistas, al tiempo que se observan los matices de Unidas-Podemos. En materia de recursos humanos, todo son buenas noticias, aunque les tocará a las CC.AA. acometer muchas de las propuestas.

Los populares aportan sus conclusiones en **80 recomendaciones** concretas: Impacto de la Covid-19, gobernanza, modelo de atención primaria, recursos humanos, I+D, industria, coordinación sanitaria, formación, salud pública o financiación. Y tras una introducción que deja claro que se reaccionó tarde y eso ha traído el colapso de nuestro sistema sanitario, se centra en las propuestas. Durante 12 puntos hacen los deberes con el conocimiento preciso, y dejan una propuesta única final en el punto décimotercero: un pacto de estado para la sanidad. **Elvira Velasco**, portavoz de sanidad del PP, ha sabido fundir y concretar propuestas que suman.

El tercer documento que ha tenido acceso GM es el del **Grupo Ciudadanos (C's)**. Su portavoz, **Guillermo Díaz**, asegura que la cúpula de C's sigue muy de cerca todo lo sanitario. Se nota ya un espíritu de contribuir a hacer posible, siendo conscientes de la aritmética, las mayorías constructivas. Y se ven muchas de las cuestiones comunes con un enfoque que nos hace pensar que es posible un acuerdo. Así, la salud pública, la atención primaria, los recursos humanos, la investigación biomédica o la industria sanitaria son aludidas en alguna de las 45 respuestas que plantea.



EN IMÁGENES



La Farmacia Hospitalaria traslada sus propuestas para el SNS 'post-COVID'

Miembros de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) —entre ellos su presidenta, Olga Delgado— mantuvieron un encuentro el pasado 22 de junio con la secretaria federal de Sanidad del PSOE, y diputada de la Comisión para la Reconstrucción Económica y Social, María Luisa Carcedo, para trasladar las actividades realizadas por la farmacia hospitalaria durante la fase más grave de la pandemia y las propuestas para el 'nuevo' SNS en la etapa post-Covid. Entre ellas, retomar el desarrollo de la especialidad única de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria.



Una técnica endoscópica permite extirpar el cáncer de colon sin cirugía en el Hospital Vithas de Sevilla

El Hospital Vithas Sevilla se ha convertido en el primer hospital privado de la provincia en incorporar la técnica y extirpar el tumor de colon en su totalidad. Este procedimiento endoscópico permite resear la pared completa del colon mediante un dispositivo llamado Full-Thickness Resection Device (FTRD). "Con esta nueva técnica, conseguimos la extirpación del tumor en una sola sesión, en menos de 20 minutos y sin necesidad de ingreso hospitalario, mejorando la calidad de vida del paciente", afirma Rafael Romero Castro, jefe de la unidad de aparato digestivo.

GACETA MÉDICA

Publicación de:



wecare-u.
healthcare communication group

Redacción:
Carmen M. López (Subdirectora),
Esther Martín del Campo (Redactora Jefe),
Sandra Pulido, Mario Ruiz,
Mónica Gail, Daniela González y Carlos B.
Rodríguez (Editor de Política Sanitaria)
Fotografía: Carlos Siegfried
Maquetación: Marta Haro

Presidente: Santiago de Quiroga
Vicepresidenta: Patricia del Olmo

Departamentos:
Tania Viesca (Directora Finanzas y RRHH)
Severino Expósito (Socio Director, Business Controlling)
Paloma García del Moral (Directora Comercial)

Áreas:
Rocío Gómez-Cano (Coordinación Editorial y Solutions)

Consejo de Administración:
Santiago de Quiroga
(Presidente y Consejero Delegado),
Borja García-Nieto y
Vicente Díaz Sagredo

C/ Barón de la Torre, 5
28043 Madrid
Tlf.: 91.383.43.24
Fax: 91.383.27.96

Distribución
gratuita

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

Imprime: Rotomadrid
SVP-382-R-CM

Todos los derechos
reservados

Política



El ministro de Sanidad, Salvador Illa, ha comparecido esta semana en el Senado para explicar las líneas de trabajo que seguirá su departamento en esta nueva etapa.

Sanidad reordena su agenda tras el fin del estado de alarma: las prioridades del ministro

Entre ellas, el ministro Salvador Illa destacó la nueva regulación de las profesiones sanitarias

CARLOS B. RODRÍGUEZ
Madrid

Durante su estreno en el Congreso, el ministro de Sanidad, Salvador Illa, expuso una ambiciosa agenda sanitaria. Pero, como todo el país, esta agenda quedó 'confinada' durante el estado de alarma. Finalizado el mismo, y aunque los objetivos de fondo siguen intactos, toca reordenar las prioridades y trabajar de otra manera. Durante su estreno en el Senado, Illa explicó cómo queda su agenda a la luz de la COVID-19. Entre las ya conocidas, sobresalen la apuesta por una nueva regulación de las profesiones sanitarias y de la especialización en Ciencias de la Salud, el impulso de un foro de trabajo para el reconocimiento de la carrera investigadora y un Plan de Preparación y Respuesta ante la COVID-19.

En su primera comparecencia ante la Cámara Baja, el ministro dijo que su propósito era fortalecer el SNS como "herramienta facilitadora" de equidad. Este gran objetivo se mantiene. "Si antes de la crisis sabíamos que había retos pendientes, la pandemia no ha hecho más que ha-

Vacunas

El ministerio trabaja con las comunidades autónomas con la vista puesta en la extensión de la campaña de vacunación frente a la gripe

cerlos más evidentes", defendió ante los senadores.

Pero los aprendizajes que deja la gestión de la pandemia no sólo apuntan a las debilidades del sistema. También a fortalezas que deben ser aprovechadas. Desde esta perspectiva, Sanidad trabaja con dos miradas. Una a corto y medio plazo, dirigida a convivir con el virus hasta que haya una vacuna. Otra, a largo plazo, dirigida a transformar el SNS. En ambas miradas, apuntó Illa, el modelo debe ir hacia más prevención, más salud pública y un SNS más cercano a las personas. En definitiva, resumió, a "un sistema que produzca salud y no solo sanidad".

MEJOR COOPERACIÓN Y COHESIÓN

Si importante es la prevención, no menor será la apuesta por "más y mejor cooperación y más y mejor cohesión". "Queremos un sistema fuertemente cohesionado y en la manera de trabajar, con una comunicación en red, ágil y compartida", resumió Illa. En este sentido, el Gobierno tiene previsto aprobar en breve un Plan de Preparación y Respuesta ante la COVID-19, que incorporará una reserva estratégica y producción de material crítico, así como planes de contingencia para reactivar los recursos sanitarios replegados, y una guía para el control de repuntes, brotes y una posible segunda ola.

En la misma línea, el ministro aseguró que trabaja con las comunidades con la vista puesta en la extensión de la campaña de vacunación de la gripe. "El objetivo es que las dos enfermedades, en la medida de lo posible, no coincidan", aclaró el ministro. Por ello, Sanidad está llevando a cabo una compra extraordinaria, complementaria a las de las CC. AA, para dotar al sistema de cin-

co millones de dosis extra dirigidas a vacunar a profesionales sanitarios, mayores y personas con condiciones de riesgo.

RETOS DE FUTURO VIGENTES, AUNQUE MATIZADOS

Los retos de futuro siguen vigentes, "aunque matizados y reordenados" por la crisis sanitaria. Son cuatro: Compromiso para mantener a las personas en el centro del sistema, recursos humanos, I+D+i y el refuerzo de la Sanidad pública.

En el primero de ellos, Illa situó el papel de la atención primaria. Quiere reforzar su "lugar natural como eje que ordena el sistema" y que le permite ver "todos los determinantes de la salud". Esto implicará nuevos recursos y también nuevos roles, "como enfermería", concretó Illa, que se concretarán en el marco estratégico de la AP. También una mejor coordinación socio-sanitaria.

También incorporó la salud pública, reforzando las consideraciones trasladadas a la Comisión para la Reconstrucción, entre ellas desarrollar la Ley General de Salud Pública.

En el segundo bloque, recursos humanos, recordó que quiere prestar la máxima atención a la carrera y al desarrollo profesional, a la retención y potenciación del talento y a la calidad de la atención. Aquí, Illa destacó que se va a seguir aumentando el número de plazas de Formación Sanitaria Especializada en las especialidades en colaboración con las comunidades autónomas y, al mismo tiempo, se va a avanzar en la actualización de los contenidos. "Todo ello mediante una nueva regulación de las profesiones sanitarias y de la especialización en Ciencias de la Salud", aclaró. Illa también hizo referencia a las especialidades de urgencias e infecciosas.

La digitalización e I+D+i como palancas de transformación y medidas para afianzar la sanidad pública como servicio público esencial, elevando la inversión sanitaria al 7 por ciento del PIB, son otras de las prioridades para el ministro, que también anunció medidas para reforzar el Sistema Nacional de Salud, como la actualización de la Estrategia Nacional de Salud Mental o la eliminación del copago.

La formación continuada, en el punto de mira de PSOE y Unidas Podemos

Promover una gestión integrada de los RR. HH. entre las medidas que plantean para la reconstrucción

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO
Madrid

La regulación y los incentivos a la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional están en el punto de mira del Partido Socialista y Unidas Podemos. Sus propuestas para ultimar el borrador de la Comisión para la Reconstrucción recogen la idea de que en la medida que constituye una garantía inexcusable de la calidad y la seguridad asistencial, "la formación continuada debe fomentarse, tutelarse y financiarse por las administraciones sanitarias".

Las formaciones contemplan medidas para financiación pública de los profesionales sanitarios que trabajen en la sanidad pública, para la divulgación sanitaria o el patrocinio de actividades de asociaciones de pacientes. El texto en este punto es claro: "Se prohibirá la financiación de estas actividades, directa o indirectamente, por la industria".

Las propuestas presentadas por los partidos que integran la coalición de gobierno aportan también un valor especial como posible hoja de ruta del ejecutivo. De hecho, en algún fragmento se "cuelan" alusiones a la legislación.

RECURSOS HUMANOS

En el documento que recoge las medidas que consideran básicas para la reconstrucción, el capítulo de recursos humanos tiene un peso fundamental.

El punto básico en este apartado es priorizar con carácter urgente medidas para acabar drásticamente con la precariedad laboral y la temporalidad estructural.

Para ello es necesario, indican, actualizar de manera prioritaria el sistema de selección de profesionales sanitarios, y en particular para las especialidades médicas, habilitando un sistema abierto y permanente que combine una prueba nacional periódica de competencias (board), con una selección local por concurso, de adaptación a



Esta semana la Comisión para la Reconstrucción, en la que compareció el Ministro de Sanidad recientemente, ultimaré un borrador con las conclusiones principales.

Selección

Plantean habilitar una prueba de competencias a nivel nacional con una selección local de concurso

Refuerzos

Proponen establecer planes estratégicos de gestión del personal para reforzarlas plantillas en momentos de máxima tensión

perfil y puesto, posibilitando que la mayoría de las vacantes (por ejemplo, jubilaciones) se puedan reponer antes de producirse.

Tampoco ignoran entre las propuestas, la posibilidad de fórmulas contractuales y retributivas orientadas para hacer atractivo el ejercicio profesional en las zonas rurales y otros puestos de difícil cobertura, entre otras muchas medidas.

PSOE y Unidas Podemos abogan por impulsar políticas de planificación y desarrollo profesional en el SNS para su implementación por parte de las autoridades competentes. En este sentido, su idea es que se ha de trabajar de forma continuada y conjunta entre las autoridades de salud y las autoridades educativas para planificar las formaciones de pregrado, posgrado y continuada de los profesionales sanitarios.

Además, hay que hacerlo de forma integrada, remarcan, para que se puedan atender las necesidades cuantitativas y cualitativas del sistema de salud de forma planificada evitando de ese modo desajustes y "cuellos de botella" entre la oferta y la demanda.

AUMENTO DE PLANTILLAS

Otro punto clave pasa por aumentar con carácter general las plantillas de la sanidad pública hasta situar a nuestro país en la media de profesionales de medicina y enfermería por habitante de los países desarrollados.

"Se debe llevar a cabo una planificación a medio plazo sobre las necesidades de profesionales en Atención Primaria basadas en indicadores de la población (envejecimiento, ruralidad, vulnerabilidad social y económica, dispersión, etc.), así como aumentar también las plazas de MIR, EIR, BIR, etc., y retomar las auditorías de la formación postgraduada", remarcan.

Aumentar el número de plazas de formación sanitaria especializada en los territorios que así lo requieran o establecer planes estratégicos de gestión del personal que permitan reforzar las plantillas en momentos de máxima tensión del sistema también forman parte de sus propuestas.

Sin referencias explícitas a la creación de nuevas especialidades, el documento aboga por seguir desarrollando la Ley de Ordenación de Profesiones

Sanitarias para permeabilizar la relación entre las especialidades tanto médicas como de enfermería.

Se trata, no obstante y según remarcan en el texto, de evitar "el crecimiento de compartimentos estancos, y promover las áreas de capacitación específica y las pasarelas necesarias que permitan compatibilizar las ventajas de la subespecialización con las de la troncalidad y la cooperación entre las especialidades".

PLANES DE RECUPERACIÓN PARA LOS PROFESIONALES

En la resaca de la primera ola de Covid-19, las formaciones aspiran a poner en marcha un Plan de recuperación por síndrome de "burnout" o síndrome de estrés postraumático de los profesionales sanitarios que se han visto afectados.

Dentro de este capítulo de recursos humanos y en colaboración con las comunidades autónomas, otra de las propuestas pasa por poner en marcha un Plan de formación en gestión y atención en epidemias —específicamente sobre la COVID-19— a los equipos sanitarios.

VOX presenta una PNL que respalda la creación de la especialidad de urgencias

Pide que se reconozcan las demandas de profesionales que han aportado mucho durante esta crisis sanitaria

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO

Madrid

Los mensajes de apoyo para la creación de la especialidad de urgencias y emergencias siguen calando en el Congreso de los Diputados. El más reciente, el del Grupo Parlamentario VOX, que ha presentado una proposición no de ley para su debate en el pleno en la que insta al gobierno a "llevar a cabo todas las acciones y medidas que sean necesarias, dentro del marco de sus competencias reconocidas en el artículo 149.1. 16.º y de conformidad con el artículo 16 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, con el fin de establecer la Medicina de Urgencias y Emergencias Sanitarias como nuevo Título Oficial de Especialista en Ciencias de la Salud".

En el texto, que firman los diputados Juan Luis Steegmann Olmedillas y José Ramírez del Río y la portavoz del grupo, Macarena Olona Choclán, también se pide que se adopten todas las medidas necesarias para que los servicios tengan sus propios internos, que reciban una formación específica y obtengan complementos salariales correspondientes con su esencial especialidad.

ACCESO A LOS URGENCIÓLOGOS EN ACTIVO

De igual modo, reclaman al Gobierno las medidas oportunas



Juan Luis Steegmann.

para hacer posible el acceso al nuevo título de los profesionales que hubieran prestado servicios en el ámbito de la nueva especialidad y cumplan los requisitos que reglamentariamente se establezcan llegado el caso.

En su exposición de motivos, subrayan que la crisis por coronavirus ha puesto de manifiesto la gran importancia de los servicios de urgencia que ofrecen los hospitales españoles. Por ello, consideran que "es evidente que

existe una necesidad de dotación de medios tanto humanos como técnicos, que debe ser solventada lo antes posible".

En la medida que el personal sanitario "está resultando extraordinario y esencial" para hacer frente a esta situación, el grupo parlamentario VOX entiende que se han de atender a las reclamaciones que estos profesionales llevan manifestando desde hace mucho tiempo, reconociendo su especialidad.

La PNL alude a los datos de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (Semes), que remarcan que la atención sanitaria urgente en España supone un volumen importante en el conjunto de prestaciones que el sistema Sanitario pone a disposición del ciudadano.

CASI 28 MILLONES DE CONSULTAS EN 2018

En concreto, recuerdan que en 2018, se realizaron casi 28 mi-

llones de consultas en los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH), y varios millones más de asistencias llevadas a cabo por los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM).

"Esta prestación se debe producir y se produce las 24 horas, los 7 días de la semana y los 365 días del año, lo que implica la compatibilización de las necesidades de atención de los ciudadanos y los derechos de los profesionales", citan textualmente.

A nivel mundial esta especialidad es aceptada, conformando un Servicio Público Esencial dentro del resto de prestaciones de cualquier Sistema Sanitario.

UNA REALIDAD EN 22 PAÍSES

El texto también recuerda que la especialidad de Medicina de Urgencias y Emergencias es una realidad en 22 países de la Unión Europea. También remarcan que en España existe la especialidad en el ámbito militar desde el año 2016, "siendo aún más incongruente su no existencia en el ámbito civil", en su opinión.

Insisten, además, en que "la legislación española, en convergencia con lo contenido en la normativa europea, recoge claramente cómo debe ser esta formación de cinco años, sin que se haya producido esta decisión por parte de los responsables de los diferentes Ministerios de Sanidad hasta el día de hoy".

El visado de la triple terapia de EPOC, en la reunión de Díaz Ayuso y los pacientes

ESTHER MARTÍN DEL CAMPO

Madrid

La presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, junto al Consejero de Sanidad, Enrique Ruiz Escudero, se han reunido con la Asociación de Pacientes de EPOC (Apepoc), que da apoyo a las cerca de 30.000 personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la región.

En un encuentro celebrado mediante videoconferencia, los pacientes le han trasladado toda la información sobre el último avance para el tratamiento de esta enfermedad, la triple terapia, que tal y como han remarca-



Isabel Díaz Ayuso durante la videoconferencia con Apepoc.

Innovación

Apepoc trasladó a la presidenta las últimas novedades en el tratamiento de esta patología"

do desde la asociación facilita la adherencia al tratamiento y requiere el visado de la inspección sanitaria tras ser recetado. La Comunidad de Madrid ha sido una de las regiones españolas que dejó en suspenso esta traba administrativa durante la crisis

sanitaria para facilitar el acceso de los pacientes a su tratamiento habitual.

PACIENTES Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS

La asociación ha trasladado a la presidenta de la comunidad que tanto las asociaciones de pacientes como un buen número de sociedades científicas han reclamado al Ministerio de Sanidad que se levante la necesidad de visado para aquellos pacientes que cumplen con las condiciones para que este nuevo medicamento aporte una mejora sustancial en su calidad de vida frente a los tratamientos convencionales.

La EPOC es la cuarta causa de mortalidad a nivel internacional y se prevé que sea la tercera causa de muerte en 2030. Afecta a más del 10 por ciento de la población y un 80 por ciento de los casos no están diagnosticados.

Andalucía dará continuidad a los planes de contingencia sanitaria COVID-19

El SAS mantendrá su seguimiento para adoptar medidas en función de la situación epidemiológica

MARIO RUIZ
Madrid

Andalucía aplica desde el pasado 21 de junio todas las medidas que rigen su nueva normalidad post-estado de alarma. Más de 400 directrices conforman la orden que fue aprobada el pasado viernes en Consejo de Gobierno extraordinario. Dentro de las mismas, se especifica que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) continuará haciendo un seguimiento de la 'red de seguridad' tejida durante la pandemia. En forma de planes de contingencia, se encargará de operar en todas las provincias según lo requiera la situación epidemiológica.

Así lo detalló Jesús Aguirre en la Subcomisión de Sanidad y Salud Pública de la región. El consejero de Salud y Familias, que hizo un repaso por las actuaciones frente a la COVID-19, apuntó a que estos seguirían aplicándose para favorecer el ámbito asistencial. Entre ellos la redimensión del número de camas disponibles en función de la situación epidémica.

De esta forma, las plantillas de profesionales se adaptarán en todos los niveles asistenciales. Mientras, también se acelerará la implantación de la telemedicina para distintas especialidades de cara a reducir la alta frecuencia. Por su parte, continuará potenciándose la consulta telefónica en Atención Primaria.



Jesús Aguirre, consejero de Salud y Familias de Andalucía, comparece en la Subcomisión de Sanidad y Salud Pública del parlamento de la comunidad...

Atención Primaria

Tanto la consulta telefónica y la cirugía ambulatoria seguirá priorizándose en la nueva normalidad en la comunidad

Asimismo, se seguirá también potenciando e impulsando la actividad de la cirugía ambulatoria con la finalidad de liberar posibles incrementos de demanda

en las plantas de hospitalización, así como las consultas en "acto único".

Además, los planes de contingencia contemplan el mantenimiento de instalaciones alternativas con capacidad para aislamiento domiciliario y personas asintomáticas que no dispongan de domicilio propio.

Según Aguirre, las actuaciones en los próximos meses se fundamentarán en tres pilares: el Plan Andaluz de Vigilancia y Prevención de Rebotes; el Plan Verano 2020; el Plan de Alta

Frecuentación otoño-invierno 2020-2021, para dar respuesta a una campaña de gripe, del neumococo y de covid-19

POSIBLES DEMORAS ASISTENCIALES

Por otro lado, tal y como apunta la orden en el BOJA, "se podrán aplazar las actividades sanitarias programadas y no urgentes en los centros sanitarios de atención primaria y hospitalaria". Así, se contempla variabilidad en este sentido en consultas exploraciones e in-

tervenciones en función de la incidencia de la COVID-19 en la comunidad.

De igual manera, el texto apunta a que se mantendrán sin efecto, hasta el momento en que se normalice la actual situación epidemiológica, las garantías de plazo de respuesta quirúrgica.

Esta situación también afecta a la garantía de plazo de respuesta en procesos asistenciales, primeras consultas de asistencia especializada y procedimientos diagnóstico.

Las seis peticiones de la Comunidad de Madrid a Sanidad para evitar casos importados de COVID-19

MÓNICA GAIL
Madrid

El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Enrique Ruiz Escudero, remitido un escrito esta semana al ministro de Sanidad, Salvador Illa, para trasladarle su preocupación ante el riesgo de no adoptar "de forma inmediata" medidas efectivas de prevención y contención de COVID-19.

En concreto, el consejero pide que se evite la importación de casos de COVID-19 por pasajeros de vuelos internacionales que lleguen al Aeropuerto Adolfo Suárez Madrid-Barajas, recientemente abierto de nuevo a los turistas.

Escudero estima que las medidas de control de temperatura o los formularios en papel que "por su volumen no permiten seguimiento epidemiológico", son insuficientes. De hecho, asegura que ha quedado patente al haberse detectado ya casos importados que han entrado en España a través del Aeropuerto de Barajas.

Por ello, la Comunidad de Madrid propone que se arbitren, "con urgencia", otras medidas que permitan una contención eficaz de la pandemia. Escudero ha enumerado a través de un comunicado a Sanidad, seis medidas que, a su juicio, "deberían ser completadas, reforzadas o implementadas". Además, ha pedido que, una vez

el Ministerio considere sus peticiones, se trasladen al resto del Gobierno y, en especial, al Ministerio de Transportes, Movilidad y Agenda Urbana, así como a las autoridades europeas y a la Organización Mundial de la Salud si fuera necesario.

SEIS PROPUESTAS

1. Restricción de vuelos procedentes de países con una tasa de incidencia acumulada por COVID-19 superior a la registrada en España y/o el espacio Schengen. El Gobierno tiene que plantear a la UE "soluciones ambiciosas" para los aeropuertos.
2. Requerimiento de prueba PCR negativa para poder embarcar.

La prueba tiene que haber sido realizada 48 horas antes a la salida a cualquier destino de nuestro país. Para ello, el Gobierno tendría que movilizar a las embajadas y coordinarse con agencias de viaje, líneas aéreas y puesto de frontera en origen.

3. Disposición de una plataforma tecnológica por parte de Sanidad Exterior que permita a las autoridades de salud pública autonómicas monitorizar de manera aleatoria a los viajeros que accedan a su territorio.
4. Necesidad de que las operadoras envíen mensajes al móvil al aterrizar para que los viajeros sepan qué tienen que hacer durante su estancia en España. Es impor-

tante que contacten con los servicios de salud autonómicos en caso de presentar síntomas.

5. Publicidad en el aeropuerto, medios de transporte, puntos de información visibles y alojamientos con el número de teléfono del sistema sanitario correspondiente.
6. Puesta en marcha de un dispositivo del SUMMA 112 las 24 horas del día en el Aeropuerto de Barajas. De este modo, se podrá atender a los pacientes detectados por Sanidad Exterior y se les realizará una prueba PCR. Posteriormente, se les trasladará al hospital, a aquellos que requieran de atención hospitalaria, o a su domicilio u hotel medicalizado para realizar el seguimiento.



19ª Edición Premios fundamed & wecare-u.

Ceremonia de entrega

Madrid, 15 de julio de 2020. 20:00 h.
Retransmisión virtual

Más información:

premiosfundamed.com

Tel.: 670 662 764 - rgomezcano@premiosfundamed.com

Convoca:



Patrocina:



Apoyan:



Organiza:



Profesión



Más de la mitad de los médicos se declaró emocionalmente agotado antes de la pandemia

Cgcom y CESM liberan los datos de la VI Oleada de la "Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España"

MARIO RUIZ
Madrid

Más de un tercio de los médicos españoles se encuentra insatisfecho con el ejercicio de su profesión. Así lo reflejan los datos arrojados por la VI Oleada de la "Encuesta sobre la situación de la profesión médica en España". Esta ha sido promovida por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Cgcom) y la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM). Realizado antes de la pandemia, este estudio ya ponía de manifiesto el agotamiento padecido por los profesionales. Del total, un 55,7 por ciento se declaró emocionalmente agotado.

Las cerca de 20.000 respuestas obtenidas del conjunto del territorio nacional vuelve a poner de manifiesto la inestabilidad y temporalidad laboral que sufren los profesionales. Así, un 36,5 por ciento de los médicos encuestados ejerce mediante contratos temporales.

Entre los encuestados (excluyendo MIR y otras situaciones), la especialidad más representada es Medicina Familiar y Comunitaria (37,4 por ciento). En segundo lugar, pero a gran distancia, se posiciona la espe-

cialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas (7,7 por ciento).

DESGASTE PROFESIONAL Y CONCILIACIÓN

Según revela el informe, el factor más influyente en la satisfacción/insatisfacción en el trabajo es la carga laboral/asistencial (el 65,2 por ciento), seguida del nivel de exigencia (32,9 por ciento).

Por otro lado, el 43,6 por ciento de la muestra declara haber tenido problemas de conciliación de la vida laboral y personal. En consecuencia, las soluciones más utilizadas han sido reducción de jornada (13,1 por ciento) y permiso sin sueldo (10 por ciento). En este ámbito se han observado importantes diferencias por sexo y edad.

La tasa de temporalidad existente en el sistema sanitario público español afecta a más del 36 por ciento de los facultativos de su plantilla. Respecto a esta irregularidad cabe destacar que el 55,4 por ciento de los médicos temporales llevan más de 6 años sin conseguir una plaza mediante concurso oposición.

Alineado con esto último, la media de contratos firmados en el último año por los médicos encuestados que se encuentran

El 36,5% de los médicos que trabaja en España y el 36,3% de los que trabajan en el Sistema Público no dispone de plaza fija

La mayoría de los MIR (65,2%) realizan 5 o 6 guardias al mes

trabajando o han estado empleados en este año en el sistema público y no disponen de una plaza fija es de 3,24. Este dato supone una leve mejoría con respecto al año pasado. Las mujeres (4,49 contratos), los menores de 40 años (3,49 contratos) y aquellos de nacionalidad extranjera (4,47 contratos) presentan un promedio por encima de la media en el SNS.

Por otra parte, el 24,5 por ciento de los médicos encuestados que no disponen de una plaza fija y se encuentran en desempleo llevan más de seis meses sin trabajar. Además, un 15 por ciento está en esta situación desde hace más de un año. Asimismo, se observa un nuevo incremento del paro sumergido en la profesión médica. En concreto, un 45,8 por ciento no está apuntado al paro.

GUARDIAS Y MIR

La mayoría de los médicos (61,2 por ciento) después de la realización de guardias de presencia física libran al día siguiente (siempre o casi siempre). Uno de cada diez profesionales no libra nunca después de estas guardias. En este campo, las especialidades más representadas son Medicina de Familia, Anes-

tesiólogía, Pediatría, Medicina Interna y Obstetricia y Ginecología.

En lo que respecta a las guardias MIR, solo el 47,7 por ciento libran siempre, el 29,3 libran casi siempre y el 14,1 no libran nunca o casi nunca. De estos, el 87,1 por ciento que no libran la guardia lo hacen por imposición o condicionados por el servicio o el responsable docente.

Además, en el 90,3 por ciento de los casos en los que los MIR no han librado después de una guardia, han realizado actividades asistenciales exclusivamente o bien añadidas a formación e investigación.

ACTITUD ANTE LA JUBILACIÓN

En cuanto a la intención de cesar su actividad, cerca de un 40 por ciento de los mayores de 55 años apunta a jubilarse cuando le corresponda por edad. Sin embargo, hasta un tercio (32,6 por ciento) estaría dispuestos a prolongar su actividad laboral. Por su parte, el 13,7 por ciento de los encuestados quieren adelantar voluntariamente su jubilación. No obstante, en este sentido la encuesta ha presentado importantes variaciones por sexo.

Farmacia Hospitalaria

La selección de pacientes beneficiarios de la telefarmacia: quién, cómo y por qué

Los especialistas recuerdan la necesidad de consensuar modelos de estratificación para optimizar el servicio

ALBERTO CORNEJO
Madrid

¿Cómo se plantea el futuro de la Farmacia Hospitalaria y, en concreto, la atención farmacéutica que se realiza en estos servicios? ¿Qué cuota de protagonismo tendrá la telefarmacia en él? Para despejar la 'X' en estas incógnitas, la SEFH organizó recientemente una suerte de 'cónclave' virtual con responsables de Servicios de Farmacia. En este encuentro quedó patente una cuestión: la pandemia y la necesidad de responder a la crisis sanitaria y las medidas asociadas —como el estado de alarma— han permitido que "en unas semanas la FH ha avanzado en herramientas como la telefarmacia, que en condiciones normales hubiesen llevado años", apuntó Emilio Monte, responsable de Unidad de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital La Fe. "Primero hubo que romper las reglas y luego ya vino el acompañamiento autonómico y nacional", completó José Manuel Martínez Sesmero, especialista del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

Así las cosas, la telefarmacia está marcada en rojo en la agenda de la SEFH, pero los expertos recuerdan que "va mucho más allá de la dispensación" y que quedan aspectos por definir. Por ejemplo, definir modelos de estratificación de pacientes beneficiarios.

Desde los servicios de Farmacia y su sociedad científica lo tienen claro: "no todos los pacientes externos pueden beneficiarse de la telefarmacia". Por ello, uno de esos retos pendientes pasa por consensuar modelos de estratificación, en los que no solo se tengan en cuenta diversas variables para elección, sino la propia opinión y necesidades del paciente respecto al servicio. "Hay que discutir mucho sobre esto", refrenda Monte. "Hay que conocer los factores económicos, sociales, culturales, etc., del paciente. Incluso su propia experiencia con la tecnología o si,



Los expertos se han reunido en un webinar organizado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria para analizar todas estas cuestiones.

Estratificación

Uno de los retos pasa por consensuar modelos de estratificación que tienen en cuenta distintas variables

pro contra, puede estar afectado por la brecha digital", completa Ramón Morillo, especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Valme y uno de los coordinadores del Mapa de Atención al Paciente Externo (Mapex) con el que cuenta la SEFH.

DIFERENTES MODELOS DE ESTRATIFICACIÓN

Precisamente, su compañero responsable de la Unidad de Pacientes Externos del Hospital La Fe está trabajando en posibles modelos de estratificación, si bien recordando que "son muchas las variables a considerar y desde muchos puntos de vista, las cuales se influyen y modifican entre sí". Una catalogación básica aludiría a variables clíni-

co-terapéuticas, de seguimiento terapéutico, demográficas, geográficas, socioeconómicas, personales y de estilo de vida, etc. También las de otros entornos no ligados a la atención por los servicios de Farmacia. "Por ejemplo, si un paciente ya está incluido en un programa de teleconsulta con su especialista médico y está familiarizado con él, quizá es óptimo que también entre en el servicio de telefarmacia", apunta Monte.

El primero de los modelos de estratificación que se podría plantear es el denominado como "tradicional": asignar una puntuación a cada variable y realizar la suma conjunta. Cuanto mayor sea la puntuación, más lógica y (sobre todo) efectiva se atisbaría su inclusión en el servicio de telefarmacia. Otro modelo —que Monte denomina como "sencillo"— pasaría por dividir/comparar entre variables consideradas de "exclusión" e "inclusión" en el servicio y valorar qué lado de la 'balanza' se impone.

El tercer y último modelo de los planteados por este profesional pasaría por un "enfoque diferente", y consistiría en esta-

blecer diferentes variables por niveles de prioridad (alta, media, baja) y seleccionar aquellos que más variables de alta prioridad. Ahora bien, Monte vuelve a alertar de posibles incongruencias entre las propias variables que dificultan la decisión. "Una mala adherencia sería un motivo excluyente de la telefarmacia, pero según el modelo a tomar como referencia una buena adherencia sería una variable de prioridad baja, porque no deja de ser una actitud que se debe suponer/exigir al paciente", pone como ejemplo. ¿La solución? "no hay un modelo completo, hay que trabajarlo y consensuarlo entre la profesión".

ENTREGA A DOMICILIO Y TRAZABILIDAD

La telefarmacia tiene su 'culmen' en la entrega de la medicación en el domicilio del paciente —o en otros puntos que elija el beneficiario, como puede ser el centro de salud o la farmacia comunitaria—. Aunque los datos que maneja la SEFH son positivos (reflejados en una reciente encuesta sobre la telefarmacia durante el estado de alarma)

también aquí hay cuestiones por apuntalar. "La entrega a domicilio presenta dificultades que no tiene la dispensación presencial como es la trazabilidad; la dispensación a domicilio no siempre aporta la realidad del paciente que sí te permite conocer la entrega física", apunta Miguel Ángel Calleja, jefe de Farmacia del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla —donde se puso en marcha una de las primeras experiencias de telefarmacia— y ex presidente de la SEFH. Mario Gil, compañero especialista del Hospital de Fuenlabrada, apuesta por "registrar la casuística del paciente, su ecosistema".

Otros especialistas, como Martínez Sesmero, creen que aunque el paciente se beneficie de la entrega a distancia sin acudir al hospital, "desde luego que sería preferible que la dispensación última la realizase un farmacéutico o un sanitario (centro de salud), pero lo ideal sería que fuera el propio paciente quien así lo eligiera", apunta.

En definitiva, la telefarmacia está creciendo. Y, por ende, a expensas de ir sumando esos importantes 'aprendizajes de vida'.



La imagen mostrada contiene modelos y se utiliza exclusivamente para fines ilustrativos. Janssen-Cilag, S.A. © J.C. 2019

EM-11157 - Mayo 2019

Creando un futuro en el que las enfermedades sean cosa del pasado

Somos Janssen, Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson. Nuestro compromiso es proporcionar grandes descubrimientos e innovaciones médicas significativas. Colaboramos con pacientes, cuidadores y profesionales de la salud para que algún día las enfermedades más temidas solo se encuentren en los libros de historia.



La SEFH presenta una “necesaria” Guía de Humanización

La pandemia provocada por la COVID-19 ha puesto de relieve la importancia de humanizar la atención sanitaria

MARIO RUIZ
Madrid

La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado su Guía de Humanización en formato webinar. Su presidenta, Olga Delgado, ha resaltado la necesidad de humanizar en la atención sanitaria. “El foco ha pasado de ser el resultado en salud al cuidado de las personas”, ha asegurado. Según Ana Álvarez, coordinadora de la Guía de Humanización de los Servicios de Farmacia (SdF), este es un documento, “que define a un SdF humanizado y humanizador y guía a cualquier SdF (sean cuales sean sus posibilidades) a dar pasos en esta transformación”.

Tal y como ha subrayado Álvarez, el actual contexto provocado por la pandemia ha golpeado tanto a profesionales como pacientes en este sentido. “Más que nunca los pacientes necesitan nuestro acompañamiento”, ha defendido.

Para la redacción de la guía se ha aplicado el ‘diseño centrado en las personas’. Este incorpora activamente a los protagonistas del proceso que se quiere diseñar; pacientes y profesionales de todos los ámbitos asistenciales. Por ello se ha realizado observación participativa en hospitales de referencia. También se han hecho entrevistas en profundidad a pacientes y profesionales



La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) ha presentado su Guía de Humanización en formato webinar.

Se ha reseñado la importancia de contar con un plan específico de FH, centrado siempre en el paciente

y sesiones de cocreación, con la participación de ambos agentes.

En opinión de Miguel Ángel Calleja, jefe de Servicio de Farmacia del HU Virgen Macarena de Sevilla, la humanización “está en el origen de nuestra profesión, el dar respuesta a necesidades individuales de cada paciente y adaptar el medicamento a cada situación concreta”. “Es importante que contemos con un plan realizado por, para y con los pacientes para poder adap-

tar nuestros SdF a ellos y un plan específico para la Farmacia Hospitalaria por las particularidades que tiene nuestro servicio”, ha señalado.

PRINCIPIOS DEFINITORIOS

En el documento se describe la situación de partida detectando realidades y oportunidades y se aportan herramientas para priorización de acciones. Un formulario de autoevaluación que sitúa cómo está el SdF respecto a

los principios de humanización, un blueprint y una batería de 50 ideas concretas que se pueden aplicar directamente por los SF.

Con el objetivo de ayudar a que los SdF puedan integrar la humanización en su estrategia, se ha preparado una herramienta complementaria a la Guía, que consiste en 4 talleres (Planifica HUFAR) para desarrollar en los SdF. La finalidad así es poder sacar el máximo partido logrando un gran impacto en este aspecto.

El registro RERFAR-COVID-19 identifica fármacos asociados a reducción de mortalidad

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

El Registro RERFAR-COVID-19 ha analizado un seguimiento a más de 13.500 pacientes y ha revelado un beneficio de los corticosteroides y tocilizumab con una reducción de mortalidad de hasta el 50 por ciento. Este proceso, impulsado por La Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), ha estudiado las características de los pacientes con COVID-19 hospitalizados en España, incluidos los diferentes tratamientos farmacológicos que se han utilizado durante la pandemia.

Los primeros resultados han servido para identificar poten-



El registro cuenta con 174 hospitales.

ciales tratamientos y pautas cuyos efectos reductores de la mortalidad “deberían ser confirmados en ensayos clínicos diseñados específicamente para ello”, señalan desde la SEFH.

REDUCCIÓN DE MORTALIDAD

Por lo tanto, los resultados que ha arrojado el registro son “coherentes con la información disponible para algunos fármacos empleados en el tratamiento, como el caso de los corticosteroides”, asegura el farmacéutico especialista y coordinador de RERFAR-COVID-19 SEFH, Jesús Sierra. El experto destaca que, además, los datos aportan información “hasta ahora no disponible” como la

asociación de tocilizumab a una reducción de mortalidad.

Los datos que revela el seguimiento del registro indican que a fecha del 10 de mayo, 5.386 pacientes habían completado el seguimiento encontrándose una mortalidad global a 28 días del 17,8 por ciento.

El estudio, que ha valorado factores como la edad, la gravedad y las enfermedades asociadas, ha comparado los resultados de los pacientes. En este sentido, algunos factores pronósticos modificables se han asociado a una reducción en la mortalidad a los 28 días.

Se identificaron como factores asociados fuertes tras una

semana de hospitalización tanto los corticosteroides como tocilizumab, con una reducción cercana al 50 por ciento. Además, se encontró una asociación protectora más débil con heparina de bajo peso molecular, hidroxilcloroquina sola o en combinación con lopinavir/ritonavir y azitromicina.

Desde la SEFH señalan que “estos resultados deben interpretarse en el contexto de la evidencia observacional de la que provienen”. No obstante, la sociedad científica indica que los resultados pueden ser útiles para interpretar los resultados de salud asociados con COVID-19 durante la pandemia en España o para el diseño de nuevos estudios.

El registro, que comenzó el 20 de marzo de 2020, ha incluido un total de 174 hospitales en todo el territorio español y ha contado con el trabajo de más de 1.000 Farmacéuticos Hospitalarios.

Investigación



En total se han registrado 40 rebrotes en toda España.

Los brotes de Aragón y Málaga centran la preocupación del Ministerio de Sanidad

El territorio español ha notificado 40 rebrotes en el último mes, de los que 11 se encuentra en activo

SANDRA PULIDO
Madrid

El Ministerio de Sanidad ha notificado 157 contagios en las últimas 24 horas, concentrados sobre todo en Madrid (39), Aragón (47) y Andalucía (32).

En total, se han registrado 40 rebrotes de los que 11 se encuentran activos en estos momentos en el territorio español. Sin embargo, tal y como ha reconocido el director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Ccaes), Fernando Simón, en Rueda de prensa, la preocupación de Sanidad está puesta en dos: el de Aragón y el de Málaga.

"Algunos de los brotes que hemos detectados llevan en seguimiento desde hace un mes pero que representen riesgos son 11 y que de verdad nos preocupen son dos", explicaba Simón.

En Aragón, las comarcas de Cinca Medio, Bajo Cinca y La Litera de Huesca tuvieron que retroceder a la fase 2 donde se han identificado más de 150 casos.

Por su parte, el centro de acogida de la Cruz Roja en Málaga,

Fernando Simón

"Algunos de los brotes llevan en seguimiento un mes pero que represente un riesgo actual son 11 y que de verdad nos preocupen son 2"

que detectó 15 casos el pasado miércoles, ha informado de 89 casos en las últimas horas.

"Estamos teniendo la capacidad de trabajar específicamente en los brotes, por lo que por ahora no es necesario tomar medidas de mayor envergadura que las que se están tomando. El hecho de que hablemos de ellos es una buena noticia, la mala es que alguna se puede escapar y generar una transmisión comunitaria", ha enfatizado.

BROTOS EN MATADEROS

Respecto al resto de brotes que se han detectado, los que sí ha comentado que están "práctica-

mente controlados" son los que se han producido en empresas cárnicas, en entornos de trabajadores temporeros, así como en centros sanitarios (uno en Castilla y León y dos en el País Vasco), dos originados en centros de acogida de personas vulnerables en Andalucía, y otros detectados en Canarias asociados a inmigrantes irregulares que estaban asintomáticos.

Asimismo, Simón ha explicado que en las últimas horas de han detectado "pequeños brotes" en entornos familiares: uno en Cantabria, otro en el País Vasco y otro en Galicia. Estos brotes han hecho que en los últimos días haya habido una estabilización de la tendencia descendente por los esfuerzos de diagnóstico que se están produciendo alrededor de los casos detectados que generan los brotes", ha apostillado Simón.

A su vez, el director de Ccaes ha señalado que el 60 por ciento de los casos que se están diagnosticando en la actualidad son de personas asintomáticas, y ha destacado que el 25 por ciento

de las personas detectadas son de casos importados.

SITUACIÓN INTERNACIONAL

A nivel internacional, el continente americano es el que mayor preocupación genera. Según ha subrayado Simón, Estados Unidos no consigue controlar la epidemia -"Estados Unidos supera hace días los dos millones de casos y no consiguen bajar el incremento de contagios", ha incidido. Las autoridades informaron de 38.115 casos nuevos el miércoles, la cifra diaria más alta desde el inicio de la pandemia.

El segundo país con más casos es Brasil donde se han contabilizado se han contabilizado 1.141 nuevas muertes por coronavirus en las últimas 24 horas por lo que el balance acumulado hasta la fecha es de 54.971, mientras que los casos confirmados son 1.228.114.

EUROPA

En Europa, el estado de Renania del Norte-Westfalia ha vuelto a imponer medidas de confinamiento en el distrito de Gueter-

sloh, situado en el oeste de Alemania y en el que se encuentra emplazado la empresa cárnica en el que se ha detectado un brote con más de 1.300 trabajadores.

Las medidas incluyen una cuarentena para todos los trabajadores del matadero de Toennies y para las personas "no contagiadas" que estuvieron en contacto con los profesionales de la planta cárnica y el cierre de los bares, museos y gimnasios de esta región.

El incremento de contagios en Lisboa ha hecho que el gobierno Portugués endurezca las restricciones en la región metropolitana de Lisboa. Por tanto, el máximo de asistentes a concentraciones pasa de 20 a 10 personas y se han aprobado multas para quien incumpla la normativa. Asimismo, los establecimientos comerciales deberán cerrar a las 20:00 horas con la excepción de los restaurantes y se prohíbe la venta del alcohol en gasolineras con el objetivo de reforzar la prohibición de su consumo en la calle.

EHA Congress

Nuevos fármacos para rescatar a los pacientes resistentes con LMC

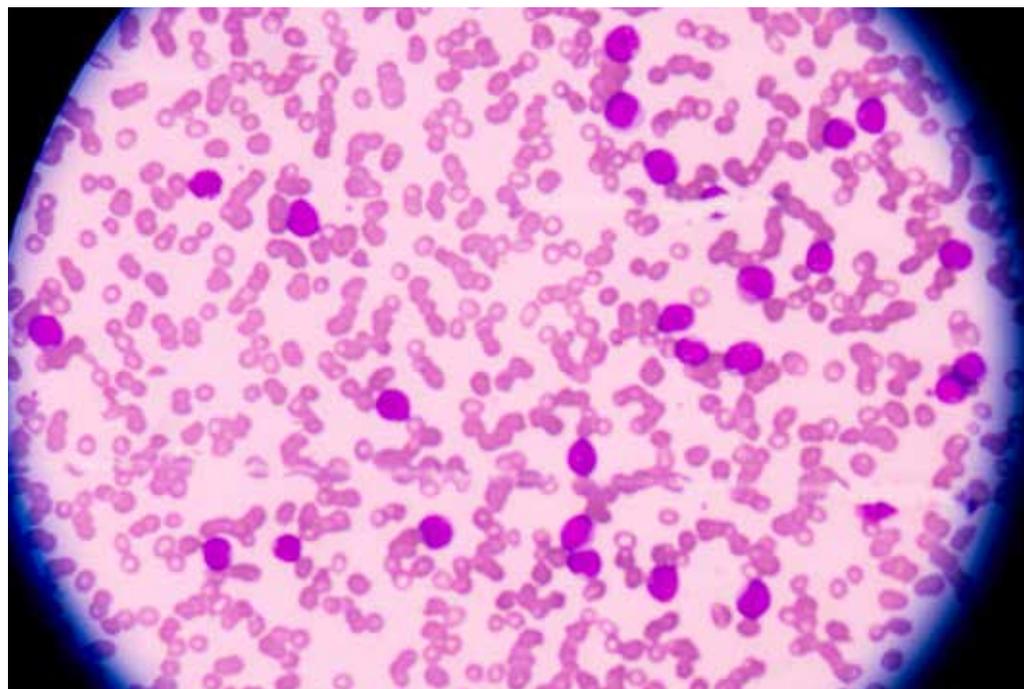
Uno de los objetivos de los hematólogos es lograr discontinuar el tratamiento en esta enfermedad

SANDRA PULIDO
Madrid

La leucemia mieloide crónica (LMC) representa hasta el 20% de todas las leucemias y gracias a las terapias actuales se logra el control de la enfermedad en el 95% de los casos. Sin embargo, hay un 15% por ciento de los pacientes que generan resistencias o intolerancias a los tratamientos habituales de la práctica clínica.

En ese sentido, durante el Congreso Anual virtual de la Asociación Europea de Hematología (EHA), se han presentado varias comunicaciones con nuevos fármacos para rescatar a los pacientes que han dejado de responder al tratamiento.

Una de las novedades del congreso ha sido la presentación de datos con nuevos fármacos inhibidores de la tirosina quinasa como asciminib. "Es un fármaco cuyo mecanismo de acción es completamente diferente al que hemos utilizando anteriormente", explica a GACETA MÉDICA Valentín García Gutiérrez, ajunto del Hospital Universitario Ramón y Cajal y miembro del Grupo Español de Leucemia Mieloide Crónica (GELMC). "Los datos muestran como los pacientes que no pueden continuar con su tratamiento, ya no solo por criterios de resistencia, sino por criterios de tolerabilidad, se benefician de asciminib", añade.



Leucemia mielógena crónica (LMC).

25th EHA

Presentación de datos con nuevos fármacos inhibidores de la tirosina quinasa como axitinib para pacientes

Asimismo, el encuentro virtual también ha demostrado como optimizar fármacos que ya se utilizan en el abordaje de la enfermedad. El ensayo Optic ha presentado resultados alentadores de ponatinib en un rango de tres dosis iniciales (45, 30 o 15 mg) con el objetivo de optimizar su eficacia y seguridad.

PACIENTES INTOLERANTES

Un punto importante en las comunicaciones presentadas son las novedades asociadas a pa-

cientes que, sin haber fracasado en sus tratamientos previos, no pueden continuar con ellos por sobrepasar los índices de tolerabilidad.

"Se han presentado datos interesantes con bosutinib en pacientes intolerantes. Como se ha podido comprobar en este congreso, las novedades no se han centrado solo en los pacientes que fracasan a los tratamientos previos sino que no pueden continuar por los efectos secundarios", continúa el hematólogo.

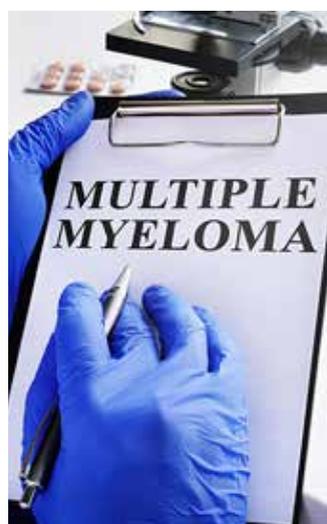
"También se han mostrado datos interesantes en aquellos pacientes que no han alcanzado respuestas completas con el fármaco que se da en primera línea en esta enfermedad (imatinib) pero sí han respondido tras un cambio precoz a un inhibidor de segunda generación como es dasatinib", añade el especialista.

Las leucemias crónicas se caracterizan por una evolución lenta de la enfermedad. Por ello, "es muy importante este tipo de resultados para el objetivo que tenemos marcado, que es que nuestros pacientes puedan discontinuar el tratamiento porque al final es lo más cercano a que los pacientes se consideren curados".

CALIDAD DE VIDA

El pronóstico de los pacientes con LMC es similar al de la población general gracias a nuevos tratamientos. "Todos tendrán la supervivencia de la población general gracias a un manejo adecuado y a la identificación precoz de los pacientes intolerantes a los inhibidores de tirosina quinasa", subraya el hematólogo.

"Sin embargo, hoy en día no solo queremos que los pacientes vivan igual que el resto, sino que queremos mejorar la calidad de vida y estamos inmersos en el objetivo de poder discontinuar el tratamiento", concluye.



Mieloma múltiple.

Datos positivos de ixazomib como tratamiento de mantenimiento en MM

GM
Madrid

Los resultados del estudio Tourmaline-MM4 se han presentado en el 25º Congreso de la Asociación Europea de Hematología (EHA). Se trata de un ensayo clínico aleatorizado, fase 3, en el que se evaluó el efecto de ixazomib (Ninlaro, Takeda) oral en monoterapia como tratamiento de mantenimiento de primera

línea en pacientes adultos diagnosticados de mieloma múltiple (MM) que no habían recibido trasplante de células madre.

El ensayo alcanzó su objetivo principal, ya que el tratamiento con ixazomib condujo a una mejora estadísticamente significativa y clínicamente relevante en la supervivencia libre de progresión (SLP) frente a placebo en pacientes adultos diagnosticados de MM que no habían reci-

bido previamente trasplante de células madre.

Esto corresponde a una reducción del 34 por ciento del riesgo de progresión o muerte en pacientes tratados con ixazomib. Asimismo, el perfil de seguridad del fármaco fue coherente con los resultados notificados previamente del uso de ixazomib como agente único.

Asimismo, Takeda también ha presentado el ensayo US MM-6,

en el que se estudian pacientes con MM, actualmente en transición, dentro la misma la clase terapéutica, desde el tratamiento con bortezomib subcutáneo a un tratamiento basado en ixazomib oral. Los resultados indicaron un aumento de la tasa de respuestas globales del 62 por ciento al 70 por ciento y un aumento de la tasa de respuestas completas del 4 por ciento al 26 por ciento.

El VIH ha causado 59.525 fallecimientos en España entre los años 1981 y 2018

El Informe elaborado por Sanidad indica que el número de defunciones alcanzó su máximo en 1995

GM
Madrid

El VIH ha causado 59.525 fallecimientos en España entre los años 1981 y 2018, de los cuales el 80,9 por ciento han sido hombres y el 19,1 por ciento mujeres, según se desprende del informe 'Mortalidad por VIH y Sida en España' elaborado por el Ministerio de Sanidad.

Una de las fuentes de información empleada para vigilar la mortalidad por VIH y sida es, según informa en el documento el departamento que dirige Salvador Illa, la Estadística de Mortalidad por Causas elaborada por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Además, los ficheros de datos de defunciones, para codificar la Causa Básica de la Muerte, utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).

En este sentido, el informe ha puesto de manifiesto que el número de defunciones alcanzó su máximo en el año 1995, con 5.857 muertes. A partir de este año, los fallecimientos disminuyeron de forma "muy impor-



Informe 'Mortalidad por VIH y Sida.'

tante" hasta 1998 (descenso del 68%), si bien desde 1999 el descenso ha sido más lento.

ÚLTIMAS CIFRAS DISPONIBLES

En 2018, último año del que se tienen datos, de las 427.721

muertes que se produjeron en España, 423 se debieron al VIH y, de ellas, 342 se produjeron

La edad media de los fallecidos por VIH y Sida fue de 54 años en hombres y mujeres

en hombres y 81 en mujeres. De esta forma, la tasa de mortalidad global por VIH y Sida se ha situado en el 0,9 por cada 100.000 habitantes.

La edad media de los fallecidos por VIH y sida fue de 54,1 años, no observándose una diferencia significativa en la edad media entre hombres (54 años) y mujeres (54,4 años). No obstante, según grupos de edad, el mayor número de defunciones, 302 (71,4 por ciento del total de fallecidos), se registró en el grupo de 40-59 años.

Asimismo, en ambos sexos el mayor número de fallecimientos se produjo en esta franja de edad, concentrándose el mayor número de fallecimientos entre los 50-54 años, 88 casos (25,7%) en el caso de los hombres y 17 fallecimientos (21%) en el caso de las mujeres.

Contaminación atmosférica: alrededor de 30.000 personas murieron en España

DANIELA GONZÁLEZ
Madrid

Alrededor de 30.000 personas murieron en España por contaminación atmosférica en 2019. Esta es una de las principales conclusiones del último informe de calidad del aire de la ONG conservacionista Ecologistas en Acción.

El documento, presentado el 23 de junio, toma como referencia los valores máximos de contaminación recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En este contexto, el informe señala que el 94 por ciento de la población siguió respirando aire contaminado con niveles superiores a los recomendados. Esta situación afecta a cerca de 44 millones de personas y al 88 por ciento del territorio español.

Sin embargo, si consideramos los valores límite y objetivo establecidos para los contaminantes en España, esta cifra es menor. Según la Directiva



Los niveles de aire contaminado son superiores a los recomendados por la OMS.

2008/50/CE y el Real Decreto 102/2011, se cifraría en 12,5 millones de personas las que respiraron aire contaminado en España. Este porcentaje implica un 26 por ciento de la población, una cifra que se incrementa hasta los 44 millones al considerar los límites establecidos por la OMS.

En este sentido, el documento pretende mostrar la situación

de la calidad del aire en nuestro país durante el año 2019. Para ello, ha analizado los datos recogidos en 805 estaciones oficiales de medición instaladas en todo el Estado español.

EFFECTOS SOBRE LA SALUD

El documento señala que la principal fuente de contaminación en las áreas urbanas, donde vive la mayor parte de la población,

Ecologistas en Acción

"Respirar aire limpio y sin riesgos para la salud es un derecho inalienable de todo ser humano"

es el tráfico motorizado. No obstante, en determinadas áreas fabriles y en el entorno de grandes centrales termoeléctricas de carbón y petróleo son estas fuentes las que "pueden condicionar la calidad del aire". Desde la ong recuerdan que la contaminación atmosférica incide en la aparición y agravamiento de enfermedades de tipo respiratorio, además de otras afecciones vasculares y cánceres.

Según los últimos datos de la Organización Mundial de Salud (OMS), la contaminación ambiental causó 4,2 millones de muertes sólo en el año 2016. La

Agencia Europea de Medio Ambiente (AEMA) calcula que por esta causa fallecieron en 2016 en Europa hasta medio millón de personas, señalan en el documento.

Entre los contaminantes atmosféricos, Ecologistas destaca algunos como los "más problemáticos para nuestra salud". Entre ellos, las partículas en suspensión (PM10 y PM2,5), el dióxido de nitrógeno (NO2), el ozono troposférico (O3), el dióxido de azufre (SO2) y el benzo(a)pireno (BaP).

En este sentido, Ecologistas subraya que el ozono es el contaminante que presentó una mayor extensión y afección a la población, "con unos niveles que se mantienen estacionarios, con alzas y bajas según territorios".

Por estos motivos, la organización insiste en que "la contaminación del aire debería abordarse como un problema de primer orden".

Además, la ONG conservacionista indica que los niveles actuales de contaminación atmosférica inciden en el gasto médico y de la Seguridad Social, implicando "un importante porcentaje de visitas hospitalarias, la necesidad de medicación y bajas laborales".

XXXI Congreso de la SED

COVID-19: Un 'disparador' de la mortalidad en enfermedad cardiovascular y diabetes

La crisis sanitaria ha puesto en el foco el valor de la tecnología para realizar el seguimiento de los pacientes

E.M.C.
Madrid

La crisis sanitaria generada por la COVID-19 ha hecho aún más visible la gravedad de otra pandemia, la de las enfermedades crónicas, entre las que se encuentran las cardiometabólicas, que no se han logrado controlar en las últimas décadas.

Con esta reflexión, que corresponde a Fernando Rodríguez Artalejo, profesor de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, se ha puesto punto y final al XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Diabetes, que se ha celebrado en estos días de forma virtual.

Junto a las últimas novedades terapéuticas y los cambios en el abordaje, el análisis del impacto del nuevo coronavirus en las enfermedades metabólicas, en particular en la diabetes, era inevitable.

Rodríguez Artalejo se mostró contundente: "la COVID-19 es un 'disparador' de la mortalidad por enfermedad cardiovascular y diabetes". De hecho, se ha demostrado que la mortalidad por estas enfermedades ha aumentado de forma directa o indirecta (los pacientes han muerto sin recibir la asistencia adecuada) por la infección por el SARS-Cov-2.

El experto también remarco que "la atención a la epidemia de COVID-19 ha retrasado la atención necesaria a muchos pacientes con enfermedades crónicas, a la que habrá que hacer frente en los próximos meses (es lo que algunos llaman la tercera "ola" de la COVID-19)".

Señaló, además, que las medidas de confinamiento para controlar el brote explosivo de COVID-19 han conducido a mayor consumo de alcohol y menor actividad física, que también son negativos para la salud cardiometabólica.

Entre las lecturas positivas que el experto extrae de esta situación es que se ha puesto de relieve la importancia de los estilos de vida para prevenir la in-



fección (higiene de manos, distancia física, etc.) y también para el control de la obesidad y la diabetes, con ejercicio físico y una alimentación adecuada. Ambas patologías tienen un peor pronóstico ante esta infección.

UN IMPULSO EN TECNOLOGÍA

Otro aspecto positivo es que la crisis sanitaria ha acelerado la expansión de las tecnologías en el seguimiento de las personas con diabetes. Ignacio Conget, especialista de la Unidad de Endocrinología y Nutrición del Hospital Clínic i Universitari de Barcelona

Conget, que ha participado en una mesa del congreso sobre nuevas tecnologías en diabetes, subrayó que el uso de estas tecnologías, que está en un momento álgido, especialmente a partir de la financiación de algunos de estos dispositivos, está revolucionando el manejo de la enfermedad.

También hizo referencia a los avances de los trabajos

Tecnología

El Hospital Clínic trabaja en un algoritmo propio de páncreas artificial que mejore el control glucémico

Inercia

La inercia terapéutica en diabetes sigue siendo uno de los déficits principales en el manejo de esta enfermedad

que lleva a cabo el grupo de investigación de su centro. El especialista detalló que están desarrollando un algoritmo propio de páncreas artificial que mejore el control glucémico durante la ingesta y la actividad física.

DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PRECOZ

En este encuentro también se han proporcionado las claves para hacer frente a la inercia terapéutica. En opinión de Manel Mata, médico de familia del Centro de Atención Primaria La Mina, en Sant Adrià de Besòs, en Barcelona, subraya que es uno de los déficits principales en el manejo de la diabetes y repercute en un mal control glucémico durante periodos prolongados de tiempo.

"La existencia de inercia terapéutica en la práctica clínica supone el retraso en la intensificación del tratamiento en pacientes mal controlados, lo que se traduce en una carga glucémica negativa y en la aparición

de complicaciones crónicas", insistió el experto.

Según el especialista, la clave para mejorar el control glucémico de personas con diabetes tipo 2 está en el diagnóstico precoz y en no posponer la toma de decisiones, la frecuente realización de controles periódicos de hemoglobina glicosilada (HbA1c, por ejemplo, cada 3 meses) y la intensificación del tratamiento cuando no se consiguen los objetivos fijados inicialmente.

En el repaso de la evidencia científica disponible, recuerdan que los ensayos clínicos EDICT y VERIFY han mostrado beneficios del tratamiento combinado desde el inicio frente al tratamiento escalonado convencional.

En los estudios VERIFY y EDICT se ha evaluado la introducción de un tratamiento combinado (con dos o incluso tres antidiabéticos no insulínicos, respectivamente) desde el diagnóstico en pacientes en los que las guías proponen un abordaje escalonado (intensificar cuando fracasa el anterior escalón).

Más GACETA MÉDICA



38 millones de lectores

El rigor de Gaceta Médica para todos los públicos en





PERFIL: 19ª entrega de los Premios Fundamed & Wecare-u

Mujeres líderes de la sanidad decidirán el premio al Impulso del Talento Femenino

NIEVES SEBASTIÁN
Madrid

No contar con el talento de las mujeres en una compañía, supone desaprovechar la mitad del talento de la sociedad. Esta es una de las ideas que más se ha repetido dentro de la iniciativa Mujeres de la Sanidad desde que esta diese sus primeros pasos.

Dentro del compromiso de Wecare-u con el impulso del talento femenino en la sanidad, la ciencia, la investigación y la industria farmacéutica, los premios Fundamed revalidan su apoyo a esta labor. Por ello, en la edición que se celebrará el próximo 15 de julio de 2020 se dará a conocer qué candidatura se hace con el galardón que reconoce a aquella compañía que, durante el último año, ha sido capaz de utilizar todos los recursos que están a su alcance para crear redes, compartir experiencias y transformar las ideas en iniciativas de éxito, teniendo en cuenta esta máxima.



EL GALARDÓN

La creación de redes, compartir experiencias y transformar las ideas en iniciativas de éxito son las máximas de este galardón

El jurado que seleccionará la candidatura que se alza con este reconocimiento estará formado por mujeres representantes de instituciones de diferentes ámbitos.

JURADO MULTIDISCIPLINAR

Para decidir qué compañía es la que mejor plasma el objetivo de este premio, Fundamed & Wecare-U reunirán a un jurado compuesto por integrantes de Mujeres de la Sanidad. Entre las personas que componen el jurado se encuentran cargos de responsabilidad de los ámbitos de la política, sociedades científicas, instituciones sanitarias e industria farmacéutica.

Teniendo en cuenta el potencial del sector, y los buenos datos tanto en representatividad del talento femenino como en prácticas que favorezcan la igualdad dentro de la empresa, este premio es también una oportunidad para poner en valor este activo y ver cómo extrapolarlo a otros sectores donde la brecha de género es mayor.

JURADO DEL PREMIO

Rosa Menéndez **CSIC**
Raquel Yotti **ISCIII**
Carmen Montón **Organización de Estados Americanos (OEA)**
Ana Lluch **Incliva**
Pilar Garrido **Women for Oncology (ESMO)**
Ruth Vera **Hospital de Navarra**
Iria Miguéns **SEMES (Emergencias y Urgencias)**
Bárbara Fernández **Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid**
Natacha Bolaños **Lymphoma Coalition Europe**
Ana Argelich **MSD**
Margarita López Acosta **Sanofi**
Fina Lladós **Amgen**
Cristina Henríquez de Luna **GSK**
Marta Moreno **Novartis**
Mar Fábregas **Stada**
Stefanie Granado **Takeda**
María Río **Gilead**
Concha Serrano **Pfizer**
Menchu Lavid **BMS**
Olga Fidalgo **Ferrer**
Riqui Villarroel **Janssen**
Rosa Moreno **Grünenthal**
Ana Mutis **AstraZeneca**
Aurora Berra **Ipsen**
Asunción Somoza **Astellas**
Carmen Basolas **Chiesi**
Mercedes Benítez del Castillo **Rovi**
Beatriz Osuna **Coca-Cola**
Denise Quintiliano **Boehringer Ingelheim**